

**ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນປະກັນໄພອຸປະຕິເຫດສໍາລັບ Smile ATM**

1. ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ / Name and surname.....
2. ອາຍຸ / Age....., ອາຊີບ / ລັກສະນະວຽກ / Occupation.....
3. ທີ່ຢູ່ທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ / Current Address.....
4. ໂທລະສັບຕິດຕໍ່ / Telephone No.....
5. ວັນທີເກີດເຫດ / Date of accident.....ເວລາເກີດເຫດ / Time of accident.....
6. ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ / Place of accident.....
7. ສາເຫດທີ່ເກີດຂຶ້ນ / Causes occurred.....
8. ລັກສະນະຂອງອາການບາດເຈັບທີ່ເກີດຈາກອຸປະຕິເຫດ ໂດຍລວມ / Brief details of how the accident occurred  
.....
9. ອະໄວຍະວະ ຫຼື ບ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ / Organ or injury.....
10. ຜົນການບາດເຈັບ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດທີ່ເກີດເຫດໃນຄັ້ງນີ້ ທ່ານເຄີຍໄດ້ເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ ຫຼື ບໍ່?

As a result of this illness or accident **໐** ບໍ່ເຄີຍ / No **໑** ເຄີຍ / Yes

(ຖ້າເຄີຍ) ຊື່ໂຮງໝໍ / ຄລິນິກທີ່ເຂົ້າຮັບການຮັກສາ / If yes, Hospital / Clinic name.....

ວັນທີເຂົ້າຮັບການຮັກສາ / Date of treatment.....ເຖິງວັນທີ / To Date.....

11. ວິທີການຈ່າຍສິນໄໝທົດແທນ / Payment by **໐** ແຊັກ / cheque **໑** ເງິນໂອນ / Transfer **໒** ອື່ນໆ  
/ Other

ກໍລະນີທີ່ຮັບເງິນສິນໄໝເປັນເງິນໂອນເຂົ້າບັນຊີກະລຸນາແນບສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີຂອງຜູ້ເອົາປະກັນໄພມາຜ່ອມທຸກຄັ້ງທີ່ມີການເຄລມ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຊາບ ເງື່ອນໄຂຂໍ້ຕົກລົງຕາມສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ຂໍຮັບຮອງວ່າຂໍ້ມູນທີ່ແຈ້ງຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ທັງນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ທາງ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ ກວດສອບປະຫວັດຜູ້ບາດເຈັບ ຫຼື ເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນໃນການບາດເຈັບ ທີ່ເກີດຈາກອຸປະຕິເຫດດັ່ງກ່າວ ເພື່ອພິຈາລະນາຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງການປະກັນໄພ.

I acknowledge the terms of the contract and certify that the above statements are true and correct. However, for insurance coverage consideration, I consent to the company, Muang Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident



**ສໍານັກງານຕັ້ງຢູ່:** ຕຶກ ເອັສທີ ກຽບ, ຊັ້ນ 3, ຖະໜົນ ສຸພານວົງ, ບ້ານ ເມືອງວາທາ, ເມືອງ ສີໂຄດຕະບອງ, ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ  
 ST Group Building, 3<sup>rd</sup> floor, Souphanouvong Road, Muangvatha Village, Sikhotabong District,  
 Vientiane Capital, Lao PDR. ໂທລະສັບ / Tel: (+856) 21 253079; ແຟັກ / Fax: (+856) 21 253159  
 E-mail: admin@stmuangthai.com

ລາຍເຊັນ/(Sign).....ຜູ້ເອົາປະກັນ (Insured)      ລາຍເຊັນ/(Sign).....ພະຍານ ( Witness)  
 ຊື່ແຈ້ງ (.....)  
 ວັນທີ / (Date).....

**ເອກະສານປະກອບການຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນ ເພື່ອຄວາມວ່ອງໄວໃນການດໍາເນີນການ ກະລຸນາສົ່ງເອກະສາໃຫ້ຄົບຖ້ວນຕາມ ລາຍການດັ່ງລຸ່ມນີ້:**

<b><u>ກໍລະນີຜິການຖາວອນ ຫຼື ສູນເສຍອະໄວຍະວະ</u></b> <b><u>Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</u></b>	<b><u>ກໍລະນີ ເສຍຊີວິດ /Loss of Life</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ໃບຮັບຮອງແພດ ລະບຸສາເຫດການບາດເຈັບ ແລະ ອະໄວຍະວະ ທີ່ສູນເສຍຢ່າງຊັດເຈນ /Doctor's certificate</li> <li>໑ ຜົນຂອງຝົມເອກສະເລ /Copy of X-Ray result</li> <li>໑ ຮູບຖ່າຍເຕັມຕົວ ແລະ ອະໄວຍະວະທີ່ສູນເສຍຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງ ສິດຄວາມຄຸ້ມຄອງ /Photograph of Claimant</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ /Copy of identification card (Certified true copy)</li> <li>໑ ສໍາເນົາປະຫວັດການຮັກສາ /Copy Medical Record</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ Smile ATM /Copy of insurance card Smile ATM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ສໍາເນົາໃບຢັ້ງຢືນການສັນລະສຸດຜິສິບທີ່ຍັງຢືນໂດຍໜ່ວຍງານທີ່ຮັບຜິດຊອບ /Copy of Autopsy report (Certified by Related organization)</li> <li>໑ ສໍາເນົາໃບລາຍງານການຜ່າສິບ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍໜ່ວຍງານທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນກໍລະນີທີ່ມີການຜ່າຜິສູນສິບ / Copy of Autopsy Report (Certified by related organization)</li> <li>໑ ໃບຢັ້ງຢືນການເສຍຊີວິດ ຍັງຢືນຈາກນາຍບ້ານ ຫຼື ໜ່ວຍງານທີ່ຮັບຜິດຊອບ / Death Certificate (Certified by related organization)</li> <li>໑ ສໍາເນົາບົດບັນທຶກປະຈຳວັນຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ເຈົ້າຂອງຄະດີ /Copy of Police report (Certified by officer on duty)</li> </ul>

**ກໍລະນີເບີກຈ່າຍຄ່າຮັກສາ / (Medical Expense)**

໑ ໃບຢັ້ງຢືນແພດສະບັບແທ້ / Original of Doctor's certificate

໑ ໃບບິນຮັບເງິນສະບັບແທ້ / Original receipt

໑ ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ / Copy of identification card (Certified True copy)

໑ ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ Smile ATM / Copy of insurance card Smile ATM

໑ ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວຂອງຜູ້ເສຍຊີວິດ ແລະ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຢັ້ງຢືນສໍາເນົາໂດຍຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)

໑ ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວຂອງຜູ້ເສຍຊີວິດ ແລະ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຢັ້ງຢືນສໍາເນົາຖືກຕ້ອງໂດຍຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)

໑ ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ Smile ATM / Copy of insurance card Smile ATM

ໝາຍເຫດ: ບໍລິສັດ ອາດຈະຂໍເອກະສານເພີ່ມເຕີມຈາກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບາງກໍລະນີທີ່ເອກະສານນັ້ນຈໍາເປັນ ຕໍ່ການພິຈາລະນາຈ່າຍຄ່າສິນໄໝທົດແທນ ບໍລິສັດຈະຕິດຕໍ່ກັບໄປຍັງໝາຍເລກໂທລະສັບ ຫຼື ທີ່ຢູ່ຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້:

Remark Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment Officer will contact you as the detail you provided above