

**ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນ ປະກັນອຸປະຕິເຫດ**

ຂ້າພະເຈົ້າ / I.....ຜູ້ເອົາປະກັນໄພຕາມສັນຍາເລກທີ / Policy No.....  
ມີຈຸດປະສົງເພື່ອຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຈາກບໍລິສັດ ຕາມຂໍ້ມູນລາຍລະອຽດທີ່ໄດ້ແຈ້ງມານີ້ເພື່ອພິຈາລະນາດັ່ງນີ້. It is required to claim a compensation claim from the Company in accordance with the following information to consider:

1. ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ / Name and surname.....
2. ອາຍຸ / Age....., ອາຊີບ / ລັກສະນະວຽກ / Occupation.....
3. ຢູ່ທີ່ສາມຕິດຕໍ່ໄດ້ / 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. ອະໄວຍະ ຫຼື ບ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ / Organ or injury.....
10. ຜົນການບາດເຈັບ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດທີ່ເກີດເຫດໃນຄັ້ງນີ້ ທ່ານເຄີຍໄດ້ເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ ຫຼື ບໍ່?/

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

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

ວັນທີເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ / Date of treatment.....ເຖິງວັນທີ / To Date.....

11. ວິທີການຈ່າຍສິນໄໝທົດແທນ / Payment by  ແຊັກ / cheque  ເງິນໂອນ / Transfer  ອື່ນໆ /

Other

ກໍລະນີທີ່ຮັບເງິນສິນໄໝເປັນເງິນໂອນເຂົ້າບັນຊີກະລຸນາແນບສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີຂອງຜູ້ເອົາປະກັນໄພມາຜ່ອມທຸກຄັ້ງທີ່ມີການເຄລມ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ ເງື່ອນໄຂຂໍ້ຕົກລົງຕາມສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ທັງນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ທາງ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ ກວດສອບປະຫວັດຜູ້ບາດເຈັບ ຫຼື ເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນໃນການບາດເຈັບທີ່ເກີດ ຈາກອຸປະຕິເຫດດັ່ງກ່າວ 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

ລາຍເຊັນ/(Sign).....ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ (Insured)      ລາຍເຊັນ/(Sign).....ພະຍານ ( Witness)  
ຊື່ແຈ້ງ/Full name(.....)  
ວັນທີ / (Date).....

**ເອກະສານປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນ ເພື່ອຄວາມວ່ອງໄວໃນການດໍາເນີນການ  
ກະລຸນາສົ່ງເອກະສານໃຫ້ຄົບຖ້ວນຕາມລາຍການດັ່ງລຸ່ມນີ້:**

<p><b>ກໍລະນີ ຜິການຖາວອນ ຫຼື ສູນເສຍອະໄວຍະວະ</b> <b>Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</b></p>	<p><b>ກໍລະນີ ເສຍຊີວິດ /Loss of Life</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ໃບຮັບຮອງແພດ ລະບຸສາເຫດການບາດເຈັບ ແລະ ອະໄວຍະວະທີ່ສູນເສຍຢ່າງຊັດເຈນ /Doctor's certificate</li> <li>໑ ຜົນຂອງຝົມເອກສະເລ /Copy of X-Ray result</li> <li>໑ ຮູບຖ່າຍເຕັມຕົວ ແລະ ອະໄວຍະວະທີ່ສູນເສຍຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດຄວາມຄຸ້ມຄອງ /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 /Copy of insurance card (ຖ້າມີ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ສໍາເນົາໃບຢັ້ງຢືນການສັນລະສຸດສິບທີ່ຍັງຢືນໂດຍໜ່ວຍງານທີ່ອອກ Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</li> <li>໑ ສໍາເນົາໃບລາຍງານການຜ່າສິບ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍໜ່ວຍງານທີ່ອອກໃນກໍລະນີທີ່ມີການຜ່າຜິສູນສິບ / Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</li> <li>໑ ສໍາເນົາໃບຢັ້ງຢືນການສຍຊີວິດ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍໜ່ວຍງານທີ່ອອກ Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</li> <li>໑ ສໍາເນົາບົດບັນທຶກປະຈຳວັນຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ເຈົ້າຂອງຄະດີ /Copy of Police report (Certified by officer on duty)</li> </ul>
<p><b>ຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ /(Medical Expense)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນກຳນົດໂດຍບໍລິສັດ</li> <li>໑ ໃບຢັ້ງຢືນແພດສະບັບແທ້ / Original of Doctor's certificate</li> <li>໑ ໃບຮັບເງິນສະບັບແທ້ / Original receipt</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ /Copy of identification card (Certified True copy)</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ / Copy of insurance card (ຖ້າມີ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>໑ ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວຂອງຜູ້ເສຍຊີວິດ ແລະ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຍັງຢືນສໍາເນົາໂດຍຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ /Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວຂອງຜູ້ເສຍຊີວິດ ແລະ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຍັງຢືນສໍາເນົາຖືກຕ້ອງໂດຍຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ /Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</li> <li>໑ ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ /Copy of insurance card (ຖ້າມີ)</li> </ul>

**ໝາຍເຫດ:** ບໍລິສັດ ອາດຈະຂໍເອກະສານເພີ່ມເຕີມຈາກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບາງກໍລະນີທີ່ເອກະສານນັ້ນຈໍາເປັນ ຕໍ່ການພິຈາລະນາຈ່າຍຄ່າສິນໄໝທົດແທນ  
ບໍລິສັດຈະຕິດຕໍ່ກັບໄປຢັ້ງໝາຍເລກໂທລະສັບ 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