

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄຫມທົດແທນປະກັນໄພການເດີນທາງ
Travel Abroad Insurance Claim form

1. ຊື່ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ _____ ອາຍຸ _____ ປີ, ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ _____
 ທີ່ຢູ່ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

2. ວັນທີເກີດເຫດ _____ ເວລາ _____ ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ _____
 ລັກສະນະການເກີດເຫດ _____

 ຊື່ພະຍານ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

3. ຄວາມເສຍຫາຍ
 ບໍ່ໄດ້ຮັບສິນໄຫມທົດແທນຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນ ຫຼື ພາກສ່ວນອື່ນ
 ໄດ້ຮັບສິນໄຫມທົດແທນຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນ ຫຼື ພາກສ່ວນອື່ນ. ກະລຸນາລະບຸຊື່ບໍລິສັດ _____
 ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບການທົດແທນ _____ ກີບ

4. ຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງການຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄຫມທົດແທນ _____ ກີບ, ສໍາລັບຄວາມເສຍຫາຍດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 ການເສຍຊີວິດ ຫຼື ພິການຖາວອນທັງໝົດ
 ຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາຈາກອຸປະຕິເຫດ
 ການຍົກເລີກຖ້ຽວບິນ
 ການຊົງຊັບ
 ການລ່າຊ້າໃນການເດີນທາງ
 ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບຸກຄົນພາຍນອກ
 ຄວາມສູນເສຍ, ຄວາມເສຍຫາຍຂອງກະເປົາເດີນທາງ ແລະ ຜົນກະທົບຕໍ່ບຸກຄົນ

ລາຍການຊັບສິນທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມສູນເສຍ/ເສຍຫາຍ (ຍີ່ຫໍ້/ລຸ້ນ)	ວັນທີຊັບສິນ	ລາຄາ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສົ່ງເອກະສານໃນການຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄຫມທົດແທນຕາມນະໂຍບາຍຂອງບໍລິສັດຢ່າງຄົບຖ້ວນຈຳນວນ _____ ສະບັບ ແລະ ຂໍໃຫ້ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຈ່າຍສິນໄຫມທົດແທນໃຫ້ແກ່ _____.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂໍອະນຸຍາດໂຮງໝໍ, ທ່ານໝໍ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນໆທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການກວດຮັກສາ, ເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກບໍລິສັດ. ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ປະຫວັດການຮັກສາ, ໃບສັ່ງແພດ, ສໍາເນົາ ບັນທຶກການປິ່ນປົວຈາກໂຮງໝໍ, ລາຍງານການຮັກສາ ແລະ ຮູບຖ່າຍ, ຈະຖືວ່າມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ແລະຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຈິງ. ບໍລິສັດມີສິດທີ່ ຈະປະຕິເສດ ຫຼື ສົ່ງຄືນຂໍ້ຮຽກຮ້ອງໃດໆຈາກຜູ້ເອົາປະກັນໄພ, ຖ້າບໍລິສັດພົບວ່າການລາຍງານນີ້ບໍ່ແມ່ນຄວາມຈິງ, ແຈ້ງຄວາມເທັດ ຫຼື ຕັ້ງໃຈ ປົກປິດຂໍ້ມູນ.

ເຊັນຜູ້ເອົາປະກັນໄພ _____
 ວັນທີ _____