



ໃບລາຍງານ / Claim Report Form
(ປະກັນໄພ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ, ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ, ການເດີນທາງ ແລະ ສຸຂະພາບ)
(Workmen's Compensation, Personal Accident, Travel PA and Health)

ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ/Policy No.: _____ ລະຫັດລູກຄ້າເລກທີ/Client No.: _____

ວັນທີຄຸ້ມກັນ/Policy Period: ຈາກ/From: _____ ເຖິງ/To: _____

ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ/Insured.: _____

ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / The Claimant:

ລ/ດ No.	ລາຍຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Name of Claimant	ວັນເດືອນປີເກີດ Date of Birth	ອາຊີບ Occupation	ສະພາບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Nature of Injury or Sickness	ຜູ້ປ່ວຍນອກ Out patient	ຜູ້ປ່ວຍໃນ In patient	ເບີໂທຕິດຕໍ່ Contact number
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Date of Injury or Sickness: _____

ສະຖານທີ່ / Place of Injury or Sickness: _____

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນພະຍານ / Name and Surname of witness: _____

ທີ່ຢູ່ຂອງພະຍານ / Address of witness: _____

ເບີໂທຂອງພະຍານ / Telephone of witness: _____

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໄດ້ມີສັນຍາປະກັນໄພກັບບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນ ຫຼືບໍ່? / Was there at the time of occurrence any other existing Insurance policies with other insurance? ບໍ່ມີ / No ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດ / If Yes, Please provide full particulars

ຈົ່ງເລົ່າສະພາບການໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Circumstances of Injury or Sickness: _____

ຈຳນວນເງິນສະເໜີທົດແທນຄືນ / Amount Claimed:

ວັນທີ / Date: _____

ຄຳຕອບຂ້າງເທິງເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດຕາມຄວາມຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ແພດ ຫຼື ສະຖາບັນທາງການແພດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້ກັບ ບໍລິສັດ ຟໍເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ລວມເຖິງສຳເນົາບັນທຶກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳແນະນຳ, ການດູແລ ຫຼື ການຮັກສາທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຜູ້ຕິດຕາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບການອ້າງອິງນີ້.

The above answers are true and correct to the best of my knowledge and belief. I authorize any physician or medical institution to release information to Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd including copies of record, concerning advice, care or treatment provided to me or my dependents for this claim.

_____ ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Signature of Insured