

ແບບຟອມຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ | CLAIM FORM

ເພື່ອໃຫ້ການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພຖືກຕ້ອງຕາມຂັ້ນຕອນ, ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຕ້ອງໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ເອກະສານໃຫ້ຄົບ 2 ພາກສ່ວນຕໍ່ໄປນີ້ (ພາກທີ 1 ແລະ ພາກທີ 2) ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ສົ່ງໃຫ້ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ່ອອກໃບຄໍາຮ້ອງ. ພາກທີ 2 ຂອງແບບຟອມຮ້ອງຂໍຈະນຳໃຊ້ໃນຢັ້ງຢືນການແພດ/ບົດລາຍງານການແພດ /ບັນທຶກທາງການແພດ.

ກະລຸນາກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າແບບຟອມການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພຂອງທ່ານໄດ້ຖືກຕື່ມຂໍ້ມູນສົມບູນຄົບຖ້ວນ ແລະ ສົ່ງຄືນໃຫ້ແກ່ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ໃຫ້ໄວທີ່ສຸດ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າທຳນຽມທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນການປະກອບເອກະສານນີ້ ຫຼື ຂໍ້ມູນ/ເອກະສານເພີ່ມເຕີມທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອປະເມີນການຮຽກຮ້ອງ. ການອອກແບບຟອມຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພນີ້ບໍ່ໄດ້ຮັບຜິດຊອບໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນການປະກອບເອກະສານໃດ.

For a claim to be valid, the following 2 parts (Part 1 and Part 2) must be completed and submitted to Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd within 30 days after the discharge date. Claim Form Part 2 shall be replaced by Medical Certificate/Medical Reports/Medical Records.

Please ensure your claim form is fully completed and returned as soon as possible. Please note that Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd is not responsible for any fee incurred in the completion of this form or any further information/documents required by us to assess a claim. The issuing of this claim form is in no way an admission of liability.

ພາກທີ 1: ສຳລັບຜູ້ຮັບປະກັນໄພຕື່ມຂໍ້ມູນ | PART 1: TO BE COMPLETED BY INSURED

ຜູ້ຖືສັນຍາ Policyholder:	ສັນຍາເລກທີ Policy No:
-----------------------------	--------------------------

ຂໍ້ມູນຜູ້ປ່ວຍ | PATIENT INFORMATION

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ Full Name:	ເລກທີ ID Member ID:
ວັນເດືອນປີເກີດ Date of Birth:	ເພດ Gender:
	ເລກບັດປະຈຳຕົວ <input type="checkbox"/> ID Card: ເລກໜັງສືຜ່ານແດນ <input type="checkbox"/> Passport No:
ສັນຊາດ Nationality:	ເບີໂທ Mobile Phone No.:
ທີ່ຢູ່ Address:	ອີເມວ Email:

ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ | INJURY OR ILLNESS

ການບົ່ງມະຕິ / ອາການສຳຄັນ Diagnosis/Chief Complaint:
ກະລຸນາອະທິບາຍເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບ / ອາການ Please describe the condition(s)/symptom(s):
ທ່ານສັງເກດເຫັນສະພາບ/ອາການຄັ້ງທຳອິດເມື່ອໃດ? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)?
ເມື່ອໃດທີ່ເຈົ້າໄປຫາໝໍເພື່ອກວດສະພາບຮ່າງກາຍ/ອາການເຫຼົ່ານີ້? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)?
ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກປະກັນໄພອື່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດໃສ່ເຈ້ຍ ແລະ ຄັດຕິດມານຳແບບຟອມນີ້ Are you covered by any other insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please provide detail on separate sheet
ຈຳນວນສິນປະກັນໄພທີ່ຮ້ອງຂໍທັງໝົດ Total Amount Claimed:

ຂໍ້ມູນການຊໍາລະ | PAYMENT INFORMATION

<input type="checkbox"/> ເງິນສົດ Cash	<input type="checkbox"/> ແຊັກ - ຊື່ຜູ້ຮັບເງິນ Cheque - Payee's Name:
<input type="checkbox"/> ໂອນເງິນຜ່ານທະນາຄານ Bank Transfer	
ເລກບັນຊີ Account Number:	ຊື່ບັນຊີ Account Name:
ຊື່ທະນາຄານ Bank Name:	ທີ່ຢູ່ທະນາຄານ Bank Address:

ການຢັ້ງຢືນ | DECLARATION

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນຕາມຄວາມເປັນຈິງວ່າ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທຸກປະການ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຢັ້ງຢືນນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ບໍລິສັດຟີເຕ-ໂຕໂກລາວປະກັນໄພຈໍາກັດແລະຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງຂອງຜູ້ຮັບຜິດຊອບເຂົ້າຫາບຸກຄົນທີສາມເພື່ອເກັບກໍາຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອການປະເມີນຜົນຄວາມເສຍຫາຍທີ່ລະບຸໃນແບບຟອມຮ້ອງຂໍນີ້. ແຕ່ບໍ່ມີການຈໍາກັດຕາມການຮັກສາທາງການແພດໃນປະຈຸບັນ ແລະ ກ່ອນໜ້ານີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນ ແລະ ເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ສະໜອງໃຫ້ ຫຼື ຮັກສາໄວ້ນໍາ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ, ບໍ່ວ່າຈະມີຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບມາຈາກຮູບແບບອື່ນ, ອາດຈະຖືກນໍາໃຊ້ໂດຍ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ ຫຼື ເປີດເຜີຍ ຫຼື ໂອນໄປໃຫ້ອົງການຈັດຕັ້ງໃດໜຶ່ງພາຍໃນ ຫຼື ຢູ່ນອກ ສປປ ລາວ ເພື່ອຈຸດປະສົງ (1)) ປະເມີນການຮຽກຮ້ອງສິນປະກັນໄພນີ້ ແລະ ເພື່ອສະໜອງການປະກັນໄພ ແລະ ການບໍລິການລູກຄ້າຕໍ່ເນື່ອງ, (2) ຂະບວນການ ແລະ ໃຫ້ຜົນກັບການຊໍາລະດ້ວຍບັດເຄຣດິດ, (3) ສະໜອງອຸປະກອນການຕະຫຼາດກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະກັນໄພຂອງ ບໍລິສັດ ຟີເຕ-ໂຕໂກ ຫຼື ບໍລິສັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ (4) ດໍາເນີນການຮຽກຮ້ອງ ຫຼື ວິເຄາະການປະກັນໄພ.

I declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration gives permission to FORTE-TOKO and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners.

I declare and agree that the personal information collected or held by FORTE-TOKO, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used by FORTE-TOKO or disclosed or transferred to any organization within or outside Lao PDR for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance and customer services, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE-TOKO or its associated companies and (4) process claims or analyze the insurance.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ/ຜູ້ປົກຄອງ
SIGNATURE OF PATIENT/GUARDIAN

ວັນທີ
DATE

ແບບຟອມຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ | CLAIM FORM

ພາກທີ 2: ສໍາລັບທ່ານໝໍຕື່ມຂໍ້ມູນ | PART 2: TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR

ຂໍ້ມູນທາງການແພດ | MEDICAL INFORMATION

ເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບທີ່ຕ້ອງການປິ່ນປົວ Condition requiring treatment:	
ສາເຫດຂອງອາການປ່ວຍ Underlying cause(s):	
ມີອາການປ່ວຍທີ່ເກີດກ່ອນໜ້ານີ້ບໍ່? Has the condition been suffered previously?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
ເລີ່ມມີອາການມາໄດ້ດົນປານໃດ? How long has the condition exist?	
ອາການປ່ວຍເລີ່ມຕົ້ນປາກົດອາການໃຫ້ຄົນເຈັບເຫັນເມື່ອໃດ? When were symptom first apparent to patient?	
ວັນທີ່ເຂົ້າໄປຫາໝໍຄັ້ງທໍາອິດເພື່ອປິ່ນປົວອາການນີ້ Date of first consultation with any Medical Practitioner of this condition:	
ການກວດສະພາບຮ່າງກາຍ Physical Examination:	
ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ການກວດສອບແບບອື່ນໆ Lab Tests and Exams:	
ຜົນການກວດຈາກຫ້ອງທົດລອງ Lab Tests results:	
ຜົນກວດອື່ນໆ Exam Results:	
ການບົ່ງມະຕິ / ອາການທີ່ສະແດງອອກ Diagnosis/Impression:	
ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ Details of treatment provided:	
ກະລຸນາບອກຊື່ຂອງຢາ ແລະ ປະລິມານ Please state the name of drug(s) and dosage(s):	
ຄົນເຈັບຈະຕ້ອງການການປິ່ນປົວຢູ່ຕ່າງປະເທດບໍ່? Will the patient require treatment outside the country of residence?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ, ກະລຸນາໃຫ້ຄໍາແນະນໍາ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please advise:

ການຢັ້ງຢືນ | DECLARATION

ຊື່ຂອງທ່ານໝໍ Doctor's Name:	ເບີໂທ Mobile Phone No.:
ຊື່ໂຮງໝໍ Hospital's Name:	ອີເມວ Email:
ທີ່ຢູ່ໂຮງໝໍ Hospital's Address:	

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໝໍ
SIGNATURE OF DOCTOR

ຈໍາກາ
STAMP

ວັນທີ
DATE