

**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.: \_\_\_\_\_

ວັນທີລົງປະກັນໄພ / 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 ສະຖາບັນ  
ທາງການແພດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້ກັບ ບໍລິສັດ ຟໍເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ ລວມເຖິງສໍາເນົາບັນທຶກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄໍາ  
ແນະນໍາ, 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