

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນສຸຂະພາບ

ປະກັນສຸຂະພາບ ປະກັນຊີວິດສົມບູນ

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ | | |
| ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ: _____ ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນເຈັບ: _____ ຜູ້ທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ: _____ ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ: _____ | ໃບປະກັນໄພເລກທີ: _____ ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____ | |
| 2. ການຍິ້ງຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວ: <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD) | | |
| ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ: _____ | | |
| 3. ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ | | |
| 3.1 ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD). | | |
| a. ຄ່າປິ່ນປົວ (ຄ່າຢາ) ວັນທີ: ____/____/____ | ຈໍານວນເງິນ _____ _____ | ສະກຸນເງິນ _____ _____ |
| ລວມທັງໝົດ: | | _____ _____ |
| 3.2 ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD) | | |
| (ເຂົ້າໂຮງໝໍ ວັນທີ: ____/____/____ ເຖິງ: ____/____/____) | | |
| ລວມທັງໝົດ: | | _____ _____ |
| ລວມເງິນທັງໝົດ (OPD + IPD) | | _____ _____ |
| 4. ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ | | |
| (ອາລີອັນສ໌ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ອາລີອັນສ໌ ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ) | | |
| <input type="checkbox"/> ເງິນສົດ | | |
| ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ: _____ ສາຍພົວພັນ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ໂອນເຂົ້າບັນຊີ | | |
| ຊື່ບັນຊີ: _____ ເລກບັນຊີ: _____ | | |
| ຊື່ທະນາຄານ: _____ ສະກຸນເງິນ: <input type="checkbox"/> ກີບ / <input type="checkbox"/> ບາດ / <input type="checkbox"/> ໂດລາ | | |
| ໝາຍເຫດ: - ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ສະກຸນເງິນດຽວກັບກັບການທິດແທນເງິນຄືນໃນຄັ້ງນີ້ ມາພ້ອມດ້ວຍ - ໃນກໍລະນີມອບໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນມາຮັບເງິນແທນ ຕ້ອງມີໃບມອບສິດ ຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຄັດຕິດມາພ້ອມ | | |
| 5. ເອກະສານສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ | | |
| <input type="checkbox"/> ໃບບິນຮັບເງິນ <input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງແພດ <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານແພດ/ໃບປິ່ນປົວເຕີພະຍາດ <input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ | | |
| ໝາຍເຫດ: ຂັ້ນຕອນການທິດແທນເງິນຄືນແມ່ນພາຍໃນ 14 ວັນລັດຖະການ, ອີງຕາມແຈ້ງການຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຄລີນິກໃນລາວ ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານການປິ່ນປົວເປັນພາສາລາວ, ສ່ວນຄ່າສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດອາດສະໜອງເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາຝະລັ່ງກໍໄດ້ ຖ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກດັ່ງກ່າວ ເປັນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກສາກົນ. ສ່ວນຄ່າສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດທີ່ເປັນພາສາອື່ນໆ ການດໍາເນີນການ ຫຼື ອະນຸມັດເຄລມຂອງ ບປປ ອາດຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ແລະ ອາດເກີນກວ່າໄລຍະເວລາ 14 ວັນ ທີ່ກ່າວໄວ້ຂ້າງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼື ບປປ ອາດມີການຮ້ອງຂໍເອົາ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນ ເພີ່ມເຕີມ (ຖ້າຈໍາເປັນ). | | |
| ວັນທີ: ____/____/____ ລາຍເຊັນ: _____ ຊື່ແຈ້ງ: _____ | | |