

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທົດແທນປະກັນໄພກໍລະນີເສຍຊີວິດ

1	ລາຍລະອຽດຂອງລູກຄ້າ ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ: _____ ໃບປະກັນໄພເລກທີ: _____ ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ເສຍຊີວິດ: _____ ວັນທີເສຍຊີວິດ: ____/____/____ ເວລາ: ____:____ ສະຖານທີ່ເສຍຊີວິດ: _____
2	ການຍິ່ງຍິນຈາກແພດປິ່ນປົວ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກອຸປະຕິເຫດ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ: _____ ລາຍລະອຽດການເກີດອຸປະຕິເຫດ: _____ (ເຫດການ) _____ _____ ຊື່ ຄູ່ກໍລະນີ: _____ (ຖ້າມີ), ໂທລະສັບ: _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກພະຍາດ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD) </div> </div>
3	ເອກະສານປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທົດແທນປະກັນໄພ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ໃບຍິ່ງຍິນການເສຍຊີວິດຈາກໂຮງໝໍ / ອໍານາດການປົກຄອງບ້ານ <input type="checkbox"/> ບົດບັນທຶກຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດ <input type="checkbox"/> ໃບຍິ່ງຍິນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາ ຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ບ້ານ ຫຼື ຫ້ອງການ) <input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານຈາກຫ້ອງການທີ່ຜູ້ກ່ຽວສັງກັດຢູ່ <input type="checkbox"/> ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວ ຜູ້ເສຍຊີວິດ <input type="checkbox"/> ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ ແລະ ເບີໂທຕິດຕໍ່ </div> </div>
4	ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ (ອາລີອັນສ໌ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ອາລີອັນສ໌ ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ) <input type="checkbox"/> ເງິນສົດ ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ: _____, ສາຍພົວພັນ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____ <input type="checkbox"/> ໂອນເຂົ້າບັນຊີ (ສະກຸນເງິນກີບ) ຊື່ບັນຊີ: _____ ເລກບັນຊີ: _____ ຊື່ທະນາຄານ: _____ * ກະລຸນາຕິດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານມາຜ່ອມດ້ວຍເພື່ອຫຼີກລ້ຽງຂໍ້ຜິດພາດໃນການຝົມຊື່ ແລະ ເລກບັນຊີເວລາໂອນເງິນ
ໝາຍເຫດ: ຂັ້ນຕອນການທົດແທນເງິນຄືນແມ່ນພາຍໃນ 14 ວັນລັດຖະການ, ອີງຕາມແຈ້ງການຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຄລີນິກໃນລາວ ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານການປິ່ນປົວເປັນພາສາລາວ, ສ່ວນຄໍາສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດອາດສະໜອງເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາຝະລັ່ງກໍໄດ້ ຖ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກດັ່ງກ່າວ ເປັນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກສາກົນ. ສ່ວນຄໍາສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດທີ່ເປັນພາສາອື່ນໆ ການດໍາເນີນການ ຫຼື ອະນຸມັດເຄລມຂອງ ບປປ ອາດຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ແລະ ອາດເກີນກວ່າໄລຍະເວລາ 14 ວັນ ທີ່ກ່າວໃວ້ຂ້າງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼື ບປປ ອາດມີການຮ້ອງຂໍເອົາ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນ ເພີ່ມເຕີມ (ຖ້າຈໍາເປັນ). ວັນທີ: ____/____/____ ຊື່ແຈ້ງ: _____ ລາຍເຊັນ: _____	