

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ

ອຸປະຕິເຫດທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ

<p>1. ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ</p> <p>ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ: _____</p> <p>ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນເຈັບ: _____</p> <p>ວັນທີເກີດອຸປະຕິເຫດ: ____/____/____ ເວລາ: ____:____</p> <p>ຊື່ ຄູ່ກໍລະນີ: _____ (ຖ້າມີ)</p> <p>ລາຍລະອຽດການເກີດອຸປະຕິເຫດ: _____</p> <p>(ເຫດການ): _____</p>	<p>ໃບປະກັນໄພເລກທີ: _____</p> <p>ໂທລະສັບ: _____</p> <p>ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ: _____</p> <p>ໂທລະສັບ: _____</p>
<p>2. ການຍິ່ງຍິນຈາກແພດປິ່ນປົວ</p> <p><input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)</p> <p>ເອກະສານປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ</p> <p><input type="checkbox"/> ໃບບິນຮັບເງິນ; <input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງແພດ; <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານແພດ/ໃບບັງມະຕິຜະຍາດ; <input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ</p>	
<p>3. ລາຍລະອຽດການທົດແທນເງິນຄືນ:</p> <p>(ອາລີອັນສ໌ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ອາລີອັນສ໌ ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)</p> <p><input type="checkbox"/> ເງິນສິດ</p> <p>ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ: _____ ສາຍພົວພັນ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ໂອນເຂົ້າບັນຊີ</p> <p>ຊື່ບັນຊີ: _____ ເລກບັນຊີ: _____</p> <p>ຊື່ທະນາຄານ: _____ ສະກຸນເງິນ: <input type="checkbox"/> ກີບ; <input type="checkbox"/> ບາດ; <input type="checkbox"/> ໂດລາ</p> <p>ໝາຍເຫດ: - ກະລຸນາຕັດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ສະກຸນເງິນດຽວກັນກັບການທົດແທນເງິນຄືນໃນຄັ້ງນີ້ ມາຜ່ອມດ້ວຍ</p> <p style="text-align: center;">- ໃນກໍລະນີມອບໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນມາຮັບເງິນແທນ ຕ້ອງມີໃບມອບສິດ ຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຕັດຕິດມາຜ່ອມ</p>	
<p>4. ເອກະສານສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ</p> <p><input type="checkbox"/> ໃບບິນຮັບເງິນ <input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງແພດ <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານແພດ/ໃບບັງມະຕິຜະຍາດ <input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ</p> <p>ໝາຍເຫດ:</p> <p>ຂັ້ນຕອນການທົດແທນເງິນຄືນແມ່ນພາຍໃນ 14 ວັນລັດຖະການ, ອີງຕາມແຈ້ງການຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຄລີນິກໃນລາວ ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານການປິ່ນປົວເປັນພາສາລາວ, ສ່ວນຄໍາສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດອາດສະໜອງເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາຝະລັ່ງກໍໄດ້ ຖ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກດັ່ງກ່າວ ເປັນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກສາກົນ. ສ່ວນຄໍາສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດທີ່ເປັນພາສາອື່ນໆ ການດໍາເນີນການ ຫຼື ອະນຸມັດຄວາມຂອງ ອາລີອັນສ໌ ອາດຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ແລະ ອາດເກີນກວ່າໄລຍະເວລາ 14 ວັນ ທີ່ກ່າວໄວ້ຂ້າງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼື ບປລ ອາດມີການຮ້ອງຂໍເອົາ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນ ເພີ່ມເຕີມ (ຖ້າຈໍາເປັນ).</p>	
<p>ວັນທີ: ____/____/____ ຊື່ແຈ້ງ: _____ ລາຍເຊັນ: _____</p>	