

ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນກໍລະນີບາດເຈັບ / ເຈັບປ່ວຍ

Claim from for Injury / Illness

ສ່ວນທີ / Part 1

ວັນທີ (Date).....

ຕາມສັນຍາປະກັນຊີວິດ ເລກທີ / According to the insurance contract No.....

ມີຄວາມປະສົງຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຈາກບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຕາມຂໍ້ມູນທີ່ແຈ້ງເພື່ອພິຈາລະນາດັ່ງນີ້:

I here by express intention to claim compensation from ST-Muang Thai insurance co., Ltd

1. ຊື່-ນາມສະກຸນ ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ເຈັບປ່ວຍ.....ອາຍຸ.....ປີ

Name-last name of patient Age Year

ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ / Present Address.....

ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ.....ອາຊີບ / ລັກສະນະຂອງວຽກ.....

Business Address Occupation / Job description

ໂທລະສັບຕິດຕໍ່ / Telephone No.....

2. ຊື່ໂຮງໝໍ / ຄລີນິກທີ່ເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ....., ບ້ານ.....

Name of hospital / Clinic treated Village

ເມືອງ / District....., ແຂວງ / Province.....ໂທລະສັບ / Tel.....

3. (ກ) ກໍລະນີອຸປະຕິເຫດ (a) In case of accident

1. ວັນທີເກີດອຸປະຕິເຫດ.....ເວລາ.....ມ. ການແຈ້ງຄວາມ ☐ ມີ ແຈ້ງຄວາມທີ່..... ☐ ບໍ່ມີ

Date of accident Time hrs. Any police report Yes, please specify No

2. ເຫດການທີ່ເກີດຂຶ້ນ / Cause of accident.....

3. ເຂົ້າພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍຕັ້ງແຕ່ວັນທີ / Date admitted.....ເຖິງວັນທີ / Date discharged.....

(ຂ) ກໍລະນີເຈັບປ່ວຍ (b) In case of illness

1. ອາການທີ່ເຂົ້າຮັບການຮັກສາ ຫຼື ສາເຫດທີ່ເຂົ້າຮັກສາຕົວ/ Signs of treatment Or the cause of cure.....

2. ເຂົ້າພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍຕັ້ງແຕ່ວັນທີ / Date admitted.....ເຖິງວັນທີ / Date discharged.....

4. ປະຫວັດການຮັກສາກ່ອນເຂົ້າຮັກສາຄັ້ງນີ້ / A history of treatment before entering this treatment.....

ພະຍາດທີ່ເປັນ / A disease....., ປິ່ນປົວຮັກສາຄັ້ງທຳອິດເມື່ອ / The first treatment When?.....

ໄລຍະເວລາປິ່ນປົວຮັກສາ / Treatment Time....., ໂຮງໝໍ / ຄລີນິກ / Hospital / Clinic.....

5. ສິດທິໃນການຮັບຄ່າຊົດເຊີຍຈາກບໍລິສັດອື່ນ ☐ ມີ ກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດ..... ☐ ບໍ່ມີ

Are you eligible for compensation from other company Yes, please specify No

6. ວິທີການຮັບເງິນຄ່າສິນໄໝທົດແທນ / Claim payment collection ☐ ແຊັກ / Check ☐ ໂອນເຂົ້າບັນຊີ / Transfer

ກໍລະນີຮັບເງິນຄ່າສິນໄໝທົດແທນເປັນເງິນໂອນເຂົ້າບັນຊີກະລຸນາແນບສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດຄັດຕິດມາພ້ອມ.

ເອກະສານມອບອຳນາດ ແລະ ຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍປະຫວັດການຮັກສາ / Declaration and Authorization of Medical history Disclosure

ໂດຍທັງສິສະບັບນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແພດ ຫຼື ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກອື່ນ ທີ່ໄດ້ກວດຮັກສາຂ້າພະເຈົ້າ / ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ເຈັບປ່ວຍ ເປີດເຜີຍປະຫວັດການຮັກສາ ຫຼື ລາຍລະອຽດ ຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບການຮັກສາ ແລະ ຜົນກວດສອບພາບໃຫ້ແກ່ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຍອມມອບອຳນາດໃຫ້ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຫຼື ຜູ້ ແທນຂອງບໍລິສັດເປັນຜູ້ຮັບມອບອຳນາດຕາມກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອດຳເນີນການຕິດຕໍ່ຂໍຮັບປະຫວັດການຮັກສາດັ່ງກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນ ຈາກແພດຜູ້ຮັກສາ ຫຼື ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກທີ່ຮັກສາ ຫຼື ເຄີຍກວດສອບພາບຂ້າພະເຈົ້າ / ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ເຈັບປ່ວຍດັ່ງເໝືອນກັບຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະຕິບັດດ້ວຍຕົວເອງທຸກຢ່າງ ສຳເນົາຮູບຖ່າຍ ຫຼື ສຳເນົາເອກະສານຂອງທັງສິສະບັບນີ້.

With this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to ST-Muang Thai insurance co., ltd and I authorize ST-Muang Thai insurance co., ltd or agent of the Company to act as legal representative to process and contract to received the afore-mentioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regraded as equally effective and complete as the original.

ລາຍເຊັນ / Sign.....ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຜູ້ແທນ / Insured / Legal representative

()

ລາຍເຊັນ / Sign.....ພະຍານ / Witness

()

ລາຍເຊັນ / Sign.....ພະຍານ / Witness

()

ການກຽມຫຼັກຖານໃນການຮຽກຮ້ອງ / Claim Evidence

ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາອຸປະຕິເຫດ / Medical expenses from accident:

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດກຳນົດ / The Company's claim from consists:
 - 1.1 ສ່ວນຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ-ຜູ້ປົກຄອງ ຕ້ອງປະກອບລາຍລະອຽດພ້ອມລົງລາຍເຊັນ.
Insured's part-Insured / insured's guardian fills in the information and sign the from
 - 1.2 ສ່ວນລາຍງານແພດຜູ້ກວດຮັກສາ-ແພດຜູ້ກວດຮັກສາ ຕ້ອງປະກອບລາຍລະອຽດພ້ອມລົງລາຍເຊັນ ແລະ ກາຈ້າໂຮງໝໍ
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and Hospital's stamp
2. ຜົນການອ່ານຝົມ ເອັກສະເລ ກໍລະນີມີການຫັກ ຫຼື ກະດູກແຕກຮ້າວ
X-ray result for the case of broken or fractured bone
3. ສຳເນົາໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ແລະ ໃບແຈ້ງຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ຫຼື ສຳເນົາໃບສະຫຼຸບລາຍລະອຽດຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາກໍລະນີເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາໃນຖານະຜູ້ປ່ວຍໃນໆໂຮງໝໍ / Copy of medical receipt and medical invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case
4. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ແລະ ໃບແຈ້ງລາຍການຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ໃບສະຫຼຸບລາຍລະອຽດຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ສະບັບແທ້ ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຊົດເຊີຍຄ່າປ່ວຍການ ແລະ ໃບອອກໂຮງໝໍ / Original Copy of medical receipt and medical invoice or summary statement of hospital for HB case and Medical certificate.
5. ສຳເນົາບັດປະກັນສຸຂະພາບ / Copy Health Card
6. ສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີ / Copy Book Bank

ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາສຸຂະພາບແບບຜູ້ປ່ວຍໃນ (IPD) / Health compensation for inpatient (IPD)

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດກຳນົດ /The Company's claim from consists:
 - 1.1 ສ່ວນຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ-ຜູ້ປົກຄອງ ຕ້ອງປະກອບລາຍລະອຽດພ້ອມລົງລາຍເຊັນ.
Insured's part-Insured / insured's guardian fills in the information and sign the from
 - 1.2 ສ່ວນລາຍງານແພດຜູ້ກວດຮັກສາ-ແພດຜູ້ກວດຮັກສາ ຕ້ອງປະກອບລາຍລະອຽດພ້ອມລົງລາຍເຊັນ ແລະ ກາຈ້າໂຮງໝໍ
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and Hospital's stamp
2. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ສະບັບແທ້ ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນປະກັນສຸຂະພາບແບບແຍກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ສຳເນົາ ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຊົດເຊີຍຄ່າປ່ວຍການ / Original Copy of medical receipt for H&S case and its copy for HB case
3. ໃບແຈ້ງລາຍການຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ໃບສະຫຼຸບລາຍລະອຽດຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາຂອງໂຮງໝໍ ສະບັບແທ້ ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນປະກັນສຸຂະພາບແບບແຍກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ສຳເນົາ ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຊົດເຊີຍຄ່າປ່ວຍການ / Original Copy of medical invoice or summary statement of hospital for H&S case and its copy for HB case
4. ສຳເນົາບັດປະກັນສຸຂະພາບ / Copy Health Card
5. ສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີ / Copy Book Bank

ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາສຸຂະພາບແບບຜູ້ປ່ວຍນອກ (OPD) / Health compensation for inpatient (OPD)

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດກຳນົດ / The Company's claim from consists:
2. ໃບຢັ້ງຢືນແພດ / Medical certificate
3. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ສະບັບແທ້ ແລະ ໃບສະຫຼຸບລາຍລະອຽດຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ / Original copy of medical receipt and medical invoice or summary statement
4. ສຳເນົາບັດປະກັນສຸຂະພາບ / Copy Health Card
5. ສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີ / Copy Book Bank

ໝາຍເຫດ:

ຖ້າມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍ ຫຼື ສະຫວັດດີການອື່ນໆ ໃຫ້ສົ່ງລາຍລະອຽດສະແດງການໄດ້ຮັບສິດທິນັ້ນໆ ຫຼື ສົ່ງສຳເນົາບັດຕ່າງໆ ທີ່ອ້າງອີງການໄດ້ຮັບສິດເຊັ່ນ: ບັດປະຈຳຕົວ, ບັດປະກັນສັງຄົມ ເປັນຕົ້ນໄປ.

Remark:

In case there is any legislative benefit or other welfare benefits, please submit such benefit entitlement's detail or copy of identification card confirming such benefit entitlement's such as government's identification card, social security card, etc

ຫາກມີຂໍສົງໄສປະການໃດ ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໄດ້ທີ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ. ໃນວັນລັດຖະການ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ, ເວລາ 8:00 ມ - 17:00 ມ, ຍົກເວັ້ນເສົາ-ອາທິດ ແລະ ວັນພັກລັດຖະການ. ໂທລະສັບ / Tel: 021 253 079 ຕໍ່ 104, 020 5499 2123.

For any inquiries, please contract ST-Muang Thai insurance co., ltd On Government Day and Clock Monday - Friday, 8:00 am - 17:00 pm, Except Saturdays - Weekdays and public holidays. Tel: 021 253079 Next 104, 020 54992123.