



ບໍລິສັດ ໂຊກໄຊ ປະກັນຊີວິດ ຈຳກັດ  
ອາຄານ ໂຊກໄຊ ກຸ່ມ 2, ເຂື່ອນເລກທີ 12 ຖະໜົນກຳແພງເມືອງ, ບ້ານ  
ທາດຫຼວງ  
ເມືອງ ໄຊເສດຖາ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສ ປ ປ ລາວ  
ເບີໂທຕິດຕໍ່: 020 5664 2191  
Sokxay Life Insurance Co., Ltd.  
Sokxay Group Building 2 floor, Unit 12, Khampheng Meoung  
Rd.,  
Thatluangkang Village, Xaysettha Dist., Vientiane Lao P.D.R  
Contact: 020 5664 2191

## ໃບຄໍາຂໍຊື້ປະກັນຊີວິດ Application for Life Insurance

ໃບຄໍາຂໍເລກທີ Application No:

☐ ແບບສາມັນ: Ordinary Form

☐ ແບບກວດສຸຂະພາບ: Model Health Check

☐ ແບບບໍ່ກວດສຸຂະພາບ: Model Health Check

ຕົວແທນ/ນາຍໜາ(ທາວ/ນາງ) Agent:

ໃບອະນຸຍາດເລກທີ License No:

ລະຫັດຕົວແທນ Agent Code:

ຊ່ອງທາງການຈຳໜ່າຍ Channel Distribution: ☐ ຕົວແທນ Agent ☐ ອົງກອນ Corporate ☐ ທະນາຄານ Bankassurance ☐ ໂດຍກົງ/ອອນໄລ Direct/Online ☐ ອື່ນໆ Other

### ສ່ວນທີ 1: ຄຳຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພ ແລະ ລາຍລະອຽດການຂໍເອົາປະກັນໄພ : Part 1 Application Form

1.1 ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພ Name and Surname of Application:

ວັນ, ເດືອນ, ປີ Date of Birth:

ອາຍຸ Age:

ປີ Year,

ສັນຊາດ Nationality:

ສາສະໜາ Religion:

ເລກສຳມະໂນຄົວ Home Registration No:

ເລກທີບັດປະຈຳຕົວ Passport No:

ລົງວັນທີ Date of Issue:

ວັນໝົດອາຍຸ Expired Date:

ສະຖານະພາບ Material Status:

☐ ໂສດ Single

☐ ແຕ່ງງານ Married

☐ ຢ່າຮ້າງ Divorce

☐ ໝ້າຍ Widow

1.2 ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜົວ ຫຼື ເມຍ(ຖ້າມີ) Name of Husband or Wife (if there is)

ຊື່ Name:

ນາມສະກຸນ Family Name:

### ສ່ວນທີ 2: ທີ່ຢູ່ ແລະ ບ່ອນເຮັດວຽກ Intenden Address and Work Address

2.1 ທີ່ຢູ່ຕາມສຳມະໂນຄົວເຮືອນເລກທີ Home Address:

ບ້ານ Village:

ເມືອງ District:

ແຂວງ Province:

ໂທລະສັບມືຖື Mobile:

ອີເມລ E-Mail:

ID LINE:

2.2 ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ Office Address:

ຊື່ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ Fist name at Work:

ບ້ານ Village:

ເມືອງ District:

ແຂວງ Province:

ໂທລະສັບ Telephone:

2.3 ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ ເຮືອນເລກທີ House Address:

ບ້ານ Village:

ເມືອງ District:

ແຂວງ Province:

ໂທລະສັບມືຖື Mobile:

ອີເມລ E-Mail:

ສະດວກໃນການຕິດຕໍ່ ແລະ ສົ່ງເອກສານ Contact Address:

☐ ທີ່ຢູ່ສຳມະໂນຄົວ Place of Registration Home

☐ ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ Accommodation at Present

☐ ບ່ອນເຮັດວຽກ Address at Work

### ສ່ວນທີ 3: ອາຊີບ Occupation

☐ ພະນັກງານບໍລິສັດ Employee

☐ ພະນັກງານລັດ Public Servant

☐ ລັດວິສາຫະກິດ State Enterprise

☐ ເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ Business Owners

☐ ຊ່າງຟີມີ ແຮງງານ Handiwork

☐ ກະສິກຳ Agriculturist

☐ ອື່ນໆ Other

ຕຳແໜ່ງ Position:	ລັກສະນະທຸລະກິດ Type of Business
ລັກສະນະຂອງວຽກທີ່ເຮັດ Type of Work	ລາຍໄດ້ຕໍ່ປີ (ກີບ) Income Amount (Kip)
ອາຊີບອື່ນໆ (ຖ້າມີ) Other	ລັກສະນະທຸລະກິດ Type of Business
ລັກສະນະຂອງວຽກທີ່ເຮັດ Type of Work	ລາຍໄດ້ຕໍ່ປີ (ກີບ) Income Amount (Kip)

ທ່ານໃຊ້ຍານພາຫະນະແບບໃດໃນການຂັບຂີ່ໄປເຮັດວຽກ What kind of your vehicle used to work

☐ ລົດຈັກ Motorcycle

☐ ລົດໃຫຍ່ Car

☐ ອື່ນໆ Other

### ສ່ວນທີ 4: ແບບປະກັນໄພ The Insurance

ຊື່ແບບປະກັນໄພ Name of Insurance:		ຈຳນວນເງິນຊື້ປະກັນໄພ (ກີບ) Amount Insured (LAK)	ຄ່າປະກັນໄພ (ກີບ) Expense Insurance (LAK)
ໄລຍະເວລາຊື້ປະກັນໄພ Period Insurance	ປີ : Year		
ໄລຍະການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Period interest expense insurance	ປີ : Year		
ສັນຍາເພີ່ມເຕີມ	1		
Other agreement	2		
contact	3		
ຄ່າປະກັນໄພລວມ Total pension Insurance (Kip)			
ຈຳນວນເງິນທີ່ຈ່າຍພ້ອມໃບຄໍາຂໍນີ້ Amount paid with this application (Kip)			

☐ ລາຍເດືອນ Monthly

☐ 3 ເດືອນ 3 Months

☐ 6 ເດືອນ 6 Months

☐ ລາຍປີ Yearly

☐ ຈ່າຍຄັ້ງດຽວທັງໝົດ Pay one time all

ຈ່າຍງວດທຳອິດໂດຍ The first installment Paid by

☐ ເງິນສົດ Cash

☐ ເງິນໂອນ Transfer

☐ ແຊ້ກເລກທີ Cheque No:

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ Family Name, ຜູ້ຊຳລະຄ່າປະກັນ Pay

ຄວາມສຳພັນ Relationship

ອາຍຸ Age:

ປີ Year.

ຄຳເຕືອນ: ຫາກມີການຊຳລະເງິນສຳລັບຄ່າປະກັນໄພງວດທຳອິດ ຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບຮັບເງິນຊົ່ວຄາວ Warning: Please check the receipt number to be temporary as defined in this document

ສ່ວນທີ 5: ປະຫວັດການເຮັດປະກັນໄພຂອງຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພ : History of Insured

ທ່ານເຄີຍຖືກປະຕິເສດເລື່ອນການຮັບປະກັນໄພເພີ່ມອັດຕາຄ່າປະກັນໄພປ່ຽນແປງເງື່ອນໄຂສໍາລັບການຂໍຊື້ປະກັນໄພ ຫຼື ການຂໍກັບຄືນສູ່ສະຖານະເດີມການຂໍຕໍ່ອາຍຸຂອງສັນຍາບໍລະສັດ ຫຼື ບໍລິສັດອື່ນບໍ່?

Have you ever been declined, postponed, rated up, or modified the comditions of application or reinstatement by this Company or other companies?

☐ ບໍ່ມີ Nerver/No ☐ ມີ Ever/Yes ຖ້າມີກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດດັ່ງນີ້ Please specify details

ສ່ວນທີ 6: ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Beneficiary (ies)ຈໍານວນ/Totalຄົນ Person (ຖ້າບໍ່ໄດ້ແຈ້ງສ່ວນແບ່ງຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດບໍລິສັດຈໍາເປັນຕ້ອງແບ່ງຜົນປະໂຫຍດໃຫ້ເທົ່າໆກັນ)  
(Unless otherwise requested, multiple beneficiaries will be shared equally)

ລໍາດັບ No	ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Beneficiary's Name	ອາຍຸ Age	ຄວາມສໍາພັນ Relationship	ທີ່ຢູ່ Address	ຮ້ອຍລະຂອງຜົນປະໂຫຍດ Percentage of Benefits
1					
2					
3					
4					
6					

6.1 ທ່ານເຄີຍສູບ ຫຼື ເຄຍເສບຢາເສບຕິດ ຫຼື ສານເສບຕິດ ຫຼື ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄ້າຢາເສບຕິດ ຫຼື ເຄີຍຕ້ອງໂທດກ່ຽວກັບຢາເສບຕິດ ຫຼື ບໍ່?

Have you ever smoked or use drugs? or substance abuse. Or related to drug trafficking. Have you ever had a lawsuit about drugs?

☐ ບໍ່ເຄີຍ Nerver/No ☐ ເຄີຍ Ever/Yes

6.2 ທ່ານເຄີຍສູບຢາ ຫຼື ຢາສູບຊະນິດອື່ນໆ ຫຼື ບໍ່? Do you smoke or have you ever smoked?

☐ ບໍ່ສູບ/ບໍ່ເຄີຍ Nerver/No ☐ ສູບ/ເຄີຍສູບ Yes/Ever ສູບປະມານ/ ວັນ Quantity/Day: ສູບປະມານ/ Duration: ປີ / Year:

6.3 ທ່ານມີສຸຂະພາບແຂງແຮງ ແລະ ຈິດໃຈສົມບູນດີ ບໍ່ມີອະໄວຍະວະໃດຂອງຮ່າງກາຍພິການ ຫຼື ປ່ວຍເປັນພະຍາດ ຫຼື ພູມແພ້ ຫຼື ບໍ່ເປັນໂລກໃດໆ

You have a healthy body perfectly. No body parts of the body are disabled or sick or allergic. Or any decease ☐ ເປັນ Yes/Ever ☐ ບໍ່ເປັນ No/Never

ຖ້າເປັນກະລຸນາບອກລາຍລະອຽດ Please Specify Details:

6.4 ທ່ານມີລວງສູງ/Height: ຊ.ມ.cm. ນ້ຳໜັກ/ Weight: ກ.ກ K.g. ໃນໄລຍະ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ນ້ຳໜັກຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ ຫຼື ບໍ່?

Over the past 6 months. Did your weight change? ☐ ບໍ່ປ່ຽນ ☐ ປ່ຽນ

ຖ້າປ່ຽນແປງກະລຸນາລະບຸລາຍລະອຽດ Please Specify Details: ເພີ່ມຂຶ້ນ ກ.ກ. ຫຼຸດລົງ ກ.ກ. ສາເຫດ:

6.5 ເມຍ/ຜົວຂອງທ່ານເປັນໂລກ ເອສໄອວີ (HIV) ຫຼື ໄວຣັສຕັບອັກເສບ ຫຼື ບໍ່? Your wife or husband has been immunocompromised. Or the hepatitis virus?

☐ ເປັນ Yes/Ever ☐ ບໍ່ເປັນ No/Never

ຫາກເປັນກະລຸນາໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ/Please specify details: ☐ ໂລກເອດ (HIV) ☐ ເປັນໂລກຕັບອັກເສບໄວຣັສທຸກຊະນິດ / Disease Hepatitis:

ສ່ວນທີ 7: ຂໍ້ຄວາມຢືນຢັນຄໍາເວົ້າທີ່ຕອບໃນໃບຄໍາຂໍເອົາປະກັນຊີວິດ ຂອງຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພ ການໃຫ້ຖ້ອຍຄໍາ ການມອບອຳນາດ ແລະ ການໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມ

7.1 ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຄໍາຕອບທຸກຂໍ້ໃນໃບຄໍາຂໍເອົາປະກັນຊີວິດນີ້ລວມເຖິງຄໍາເວົ້າທີ່ໄດ້ຕອບກັບແພດຜູ້ກວດສຸຂະພາບເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ຊຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່າ ຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເວົ້າຄວາມຈິງ ບໍລິສັດອາດປະຕິເສດການຮັບປະກັນໄພ ແລະ ປະຕິເສດຈ່າຍເງິນຕາມສັນຍາ

7.2 ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍອມໃຫ້ແພດ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນ ຫຼື ໂຮງໝໍຊຶ່ງມີປະຫວັດສະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຜ່ານມາ ຫຼື ຈະມີຂັ້ນຕໍ່ໄປໃນອະນາຄົດ ເປີດເຜີຍຂໍ້ເທັດຈິງໃຫ້ແກ່ບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ແທນຂອງບໍລິສັດເພື່ອການຂໍຊື້ປະກັນໄພ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນຕາມສັນຍາໄດ້

7.3 ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍອມໃຫ້ບໍລິສັດຈັດເກັບໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ແທ້ຈິງກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພຕໍ່ໜ່ວຍງານທີ່ມີອຳນາດ ຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ບຸກຄະລາກອນທາງການແພດເພື່ອການຂໍເອົາປະກັນໄພ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນຕາມສັນຍາ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໄດ້

7.4 ຫາກທ່ານຍົກເລີກສັນຍາປະກັນໄພກ່ອນຄົບກຳນົດສັນຍາ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈະເປັນໄປຕາມຕາຕະລາງມູນຄ່າເວນຄືນໃນກົມມະຫັນປະກັນໄພ(ຖ້າມີ) ຊຶ່ງອາດໜ້ອຍກວ່າຈໍານວນເງິນເອົາ ປະກັນໄພທີ່ກຳນົດໄວ້ກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃຫ້ທ່ານກະລຸນາກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຄໍາຕອບທຸກຂໍ້ອີກຄັ້ງເພື່ອຄວາມສົມບູນຂອງສັນຍາປະກັນໄພ

Part 7: Text confirmation speech response application insured life insurance. The words authority and consent

7.1 I confirm that all the answers in the application life insurance Including words to respond to medical checkups every fact that I undersand that If I tell the truth, the company may refuse insurance and refuse payment agreement.

7.2 I consent to medical or company insurance or hospital that has the health of my past or to the next future disclose facts to the company Or representatives of the company to obtain insurance or pay annual membership yet.

7.1 I agree that companies store, use and disclose facts about health information my company insurance or company reinsurance unit power Legal or medical personnel to obtain insurance or pay or benefits as the Department of Medical.

7.4 If you cancel the insurance policy before the maturity benefits you will get a table in the Department of acquisition value insurance (if any) Which may be less than the amount of insurance required. Before you sign, please check th accuracy of the answers all the time to complete the contract Insurance.

ສະຖານທີ່ຂຽນໃບຄໍາຂໍຊື້ປະກັນ / Place of application: ວັນທີລົງລາຍເຊັນ / Signed Date: ເດືອນ / Month: ປີ / Year:

ລາຍເຊັນ / Sign ( ) ລາຍເຊັນ / Sign ( )  
ຊື່ແຈ້ງ / Signature: ຊື່ແຈ້ງ / Signature:  
ຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພ/Insured ຕົວແທນປະກັນຊີວິດ / Insurance Agent  
ລາຍເຊັນ / Sign ( ) ລາຍເຊັນ / Sign ( )  
ລົງຊື່ / Signature: ລົງຊື່ / Signature:  
ພະຍານ ຫຼື ຜູ້ຍິ່ງຢືນໃນຖານະ ພໍ່ ຫຼື ແມ່ / Parents or the ceritied ພະຍານ / Witness

ກໍລະນີຜູ້ຂໍຊື້ປະກັນໄພພົມລາຍນີ້ວມີ ແລະ ອາຍຸຍັງບໍ່ເຖິງ 18 ປີ: Year. ຕ້ອງມີພະຍານລົງຊື່ຮັບຮອງ 2 ທ່ານ  
The case assured fingerprint witnesses have signd. Certificate 2 In the cases Insured has not old enough age to get as insurance