



ບໍລິສັດ ລາວວີວັດປະກັນໄພ ຈຳກັດ
 ເລກທີ 011 ຫ່ວຍ 01 ບ້ານທາດຫາວ ເມືອງສີສັດຕະນາກ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສປປ.ລາວ
 Tel. 021 22 66 88 Fax. 021 22 66 77 www.laovivat.com
LAOVIVAT INSURANCE Co.,Ltd.
 011 unit 01 Ban Tadkhaov, Sisattanak District, Vientiane, Lao PDR

ແບບຟອມຄົ້ນເຈັບນອກ ກໍລະນີເຈັບເປັນ ແລະ ອຸປະຕິເຫດ (OPD CLAIM FORM)

ເຖິງ TO	ບໍລິສັດ..... ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ	ຈາກ FROM	ໂຮງໝໍ..... HN#..... ເບີໂທລະສັບ.....ແຟັກ..... ວັນທີເຂົ້າປິ່ນປົວ.....ເວລາ.....ໂມງ. ຜູ້ສົ່ງ.....
------------	---	-------------	---

ສ່ວນທີ 1 ສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເຕີມຂໍ້ມູນ/ Section 1 (To be completed by the Insured Person)

ຊື່-ນາມສະກຸນ ວັນທີ ເດືອນ ປີເກີດ ອາຍຸ ປີ
 Name Date of Birth Age

ອາຊີບ ບັດປະຈຳຕົວ/ອື່ນໆ ລະບຸ ເລກທີບັດ
 Occupation ID Card/Other, please specify No.

ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ເບີໂທລະສັບ
 Current Address Telephone No.

ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆ (ຖ້າມີ ຊ່ວຍລະບຸ) ຊື່ບໍລິສັດ ເລກທີສັນຍາປະກັນໄພ ປະເພດຂອງການປະກັນໄພ
 Other insurers (if any, please specify) Policy No. Type of Insurance

ອາການເຈັບເປັນ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດ ລັກສະນະອາການ ຫຼື ການເກີດເຫດໂດຍສັ້ງເຂບ
 Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred:

ວັນທີເກີດເຫດ ເວລາເກີດເຫດ ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ
 Date of accident Time Place of accident

ການເຈັບເປັນ/ການເກີດເຫດຄັ້ງນີ້ທ່ານ ບໍ່ເຄີຍປິ່ນປົວບ່ອນອື່ນມາກ່ອນ ເຄີຍປິ່ນປົວມາກ່ອນທີ່ໂຮງໝໍ ເມື່ອວັນທີ
 As a result of this illness or accident, I have not been treated have been treated at Date of treatment:.....

ໂດຍໄດ້ໃຊ້ສິດທີ່ໄປແລ້ວເປັນຈຳນວນເງິນທັງໝົດ ກີບ ຍັງເຫຼືອວົງເງິນຕາມສິດທີ່ສຳລັບຄ່າປິ່ນປົວອີກ ກີບ
 The cost of treatment that has already been given LAK The balance remaining under the limit for medical expenses LAK

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍມອບສິດໃຫ້ໂຮງໝໍ ທ່ານໝໍ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນທີ່ໄດ້ທຳການກວດ ແລະ ປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ມີອຳນາດແຈ້ງອາການໃດໜຶ່ງ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ
 ອາການບາດເຈັບ ປະຫວັດທາງການແພດ
 ການປິ່ນປົວ ແລະ ສຳເນົາເອກະສານປະຫວັດທາງການແພດຂອງໂຮງໝໍທັງໝົດຕໍ່ ບໍລິສັດ ປະກັນໄພຕາມຊື່ທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບສິດຈາກ ບໍລິສັດ ດັ່ງນັ້ນ
 ສຳເນົາໃບມອບສິດນີ້ໃຫ້ຖືວ່າມີຜົນໃຊ້ບັງຄັບໄດ້ເຊັ່ນດຽວກັບຕົ້ນສະບັບ
 I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital & medical records related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ລົງຊື່ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ວັນທີ
 Signed (the Insured person) Date

ສ່ວນທີ 2 ສຳລັບທ່ານໝໍຜູ້ທຳການປິ່ນປົວເຕີມຂໍ້ມູນ/ Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)

The Patient's Name Is the illness/injury related to an accident? Yes, No,

Chief Complaint:

1. Symptom / Accident date.....2. Date you first saw the patient for this illness / injury.....

3. (a) Present illness / Details of injury:.....

(b) Pertinent clinical findings (symptom & signs).....

4. Diagnosis 1.ICD10.....
 Diagnosis 2.....ICD10.....

5. Treatment Suture.....stitch Wound dressing Physical therapy Others.....
 Medication / Investigation / Other (please specify):.....

6. Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes.....weeks (LMP.....)

7. Other comments:

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Hospital Name.....Telephone No.....

Name of physician..... License No.....Speciality.....

Signature.....Date.....