



ບໍລິສັດ ເອັມເອັສໄອຈີ ໂຊກໄຊ ປະກັນໄພ ຫ້ອງການໃຫຍ່ຕັ້ງຢູ່ ຖະໜົນກຳແພງເມືອງ
 ໜ່ວຍ 12 ບ້ານ ທາດຫຼວງກາງ ເມືອງໄຊເສດຖາ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສ ປປລາວ
 ໂທລະສັບ : (020) 5585 9191

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງຄ່າທົດແທນປະກັນໄພ

ເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນສົມບູນ ພ້ອມລົງຊື່ຮັບຮອງ ແລະ ລົງຊື່ຍົນຍອມເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ
 ໂດຍຜູ້ເອົາປະກັນໄພເປັນຜູ້ທີ່ມີສ່ວນໄດ້ເສຍເທົ່ານັ້ນບໍ່ສະນັ້ນບໍລິສັດ ຈະຖືວ່າການຮຽກຮ້ອງນີ້ຍັງບໍ່ສົມບູນ
 ຊື່-ນາມສະກຸນຜູ້ເອົາປະກັນໄພ.....ອາຍຸ.....ເລກບັດປະຈຳຕົວ.....
 ເບີໂທລະສັບ.....ທີ່ຢູ່ທີ່ຕິດຕໍ່ໄດ້: ຖະໜົນ.....
 ບ້ານ.....ເມືອງ.....ແຂວງ.....
 ອາຊີບ, ລັກສະນະວຽກທີ່ເຮັດ.....ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ.....

ເລກທີບັດປະກັນ	ປະເພດປະກັນໄພ
	<input type="radio"/> ປະກັນສຸຂະພາບ <input type="radio"/> ປະກັນອຸບັດຕິເຫດ

ປະເພດການຮຽກຮ້ອງ ເລືອກໄດ້ຫລາຍກວ່າ 1 ຂໍ້
 ຄ່າຮັກສາພະຍາບານ ຜູ້ປ່ວຍນອກ (OPD) ຜູ້ປ່ວຍໃນ (IPD)
 ຄ່າຊົດເຊີຍລາຍໄດ້
 ຄ່າຊົດເຊີຍກໍລະນີສູນເສຍອະໄວຍະວະຫຼືຜິການ

ກະລຸນາແຈ້ງຂໍ້ມູນໂດຍລະອຽດກໍລະນີອຸບັດຕິເຫດ
 ວັນທີ່ເກີດເຫດ.....ເວລາ.....ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ.....
 ເກີດເຫດຂຶ້ນແບບໃດ.....

ອາການ, ລັກສະນະບາດເຈັບ, ຕໍາແໜງທີ່ບາດເຈັບ.....
 ກະລຸນາອະທິບາຍລະອຽດການບາດເຈັບໃນປະຈຸບັນ.....

ກະລຸນາແຈ້ງຂໍ້ມູນກໍລະນີເຈັບປ່ວຍ
 ວັນທີ່ເຂົ້າຮັກສາ.....ວັນທີ່ອອກ.....ສະຖານໂຮງໝໍທີ່ຮັກສາ.....
 ເກີດເຫດຂຶ້ນແບບໃດ.....

ພະຍາດທີ່ຮັກສາ.....
 ຊື່ສະຖານໂຮງໝໍທັງໝົດທີ່ເຄີຍກວດຮັກສາມາກ່ອນ.....
 ຕັ້ງແຕ່ປີ.....ລວມຄ່າປີນປົວ :

ການຮັບເງິນສິນໄໝຜູ້ເອົາປະກັນໄພມີຄວາມປະສົງ
 ຂໍໃຫ້ໂອນເງິນເຂົ້າບັນຊີ ຫຼື ມອບສິດໃຫ້ (ຕ້ອງແນບສຳເນົາບັນຊີແລະບັດປະຈຳຕົວ) ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ໃຊ້ສິດ.....
 ຊື່ບັນຊີ ຊື່ທະນາຄານ.....
 ເລກບັນຊີ.....

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າ ລາຍລະອຽດຂ້າງຕົ້ນເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ແລະ ຂໍຍົນຍອມໃຫ້ສະຖານພະຍາບານສາມາດເປີດເຜີຍປະຫວັດການ
 ຮັກສາພະຍາບານ ກໍລະນີ ບໍລິສັດຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ກະລຸນາສຳເນົາ ບັດປະກັນໄພ ແລະ ບັດປະຈຳຕົວ ປະກອບເອກະສານທຸກຄັ້ງ
 ລົງຊື່ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ.....
 SIC419-01 ຈຳນວນເງິນກີບ (.....)