

**ຄຳຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ / CLAIM FORM**

ວັນທີ / Date: .....

ສັນຍາປະກັນໄພຫຼັກເລກທີ / Master Policy Number: .....

ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / Name of Policy Owner:.....

ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວ / ID Number: ..... ວັນເດືອນປີເກີດ / Date of Birth: .....

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ / Name of Requestor: .....

ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວ / ID Number: ..... ໝາຍເລກໂທລະສັບ / Phone Number: .....

ທີ່ຢູ່ຕິດຕໍ່ / Contact Address: .....

ກະລຸນາລະບຸສາຍພົວພັນທີ່ແທ້ຈິງ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດ / Relationship with Policy Owner:

- ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / Policy Owner
- ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Beneficiary
- ຜູ້ຈັດການມູນມໍລະດົກ / Executor of Estate
- ອື່ນໆ / Other: .....

ຂໍໃຫ້ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ(ລາວ) ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ ໂດຍອີງຕາມຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ເງື່ອນໄຂຂອງສັນຍາປະກັນໄພທີ່ລະບຸໄວ້ເທິງນີ້ / Requests Prudential Life Assurance (Lao) to consider this Claim Form according to the terms and conditions of the Master Policy.

1. ກະລຸນາໝາຍລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບເຫດການທີ່ພາໃຫ້ມີການຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ / Claim Event:
  - ເສຍຊີວິດ / Death
  - ເສຍອົງຄະແບບສິ້ນເຊີງ ແລະ ຖາວອນ / Total Permanent Disability
  
2. ສາເຫດຂອງການເສຍຊີວິດຫຼືເສຍອົງຄະແບບສິ້ນເຊີງ ແລະ ຖາວອນ / Cause:
  - ເສຍທີ່ເກີດຈາກອຸບັດຕິເຫດ / Accident
  - ເສຍທີ່ບໍ່ເກີດຈາກອຸບັດຕິເຫດ / Non-Accident

ວັນທີເກີດເຫດການທີ່ພາໃຫ້ມີການຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ / Event Date: .....

ທີ່ / at: .....

ສະພາບການບາດເຈັບ / Injury Status: .....
  
3. ຂໍ້ມູນເຈົ້າຂອງສັນຍາ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ກ່ອນຈະມີເຫດການທີ່ຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ / Information of Policy Owner or Life Assured before Claim Event:
 

ການເຈັບປ່ວຍ / Illness Information: .....

ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ຈຳກັດ, ຊັ້ນ 5 ອາຄານ ວຽງຈັນເຊັ່ນເຕີ້, ຖະໜົນ ຄູວຽງ, ບ້ານ ໜອງຈັນ, ເມືອງ ສີສັດຕະນາກ, ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ  
 ໂທ: (856) 21 211123; ອີເມວ: info@prudential.la; ເວັບໄຊທ໌: www.prudential.la  
 ໜຶ່ງໃນກຸ່ມ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ມະຫາຊົນ (ສະຫະຣາຊະອານາຈັກອັງກິດ)

ວັນທີທີ່ມີການປິ່ງມະຕິການເຈັບປ່ວຍ / Diagnosis Date: .....

4. ການປິ່ງມະຕິທາງການແພດທີ່ສູນສຸຂະພາບ / Type of Medical Treatment:

ບໍ່ມີ (ສິ່ງໃບລາຍງານການເສຍຊີວິດ ຫຼື ເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ທີ່ມີການອະນຸມັດຈາກອົງການປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນ ສໍາລັບເຫດການການເສຍຊີວິດ ທີ່ພໍໃຫ້ມີການຮ້ອງຂໍເງິນທົດແທນ) / No Treatment and to submit certified Death Report or equivalent documents

ການປິ່ງມະຕິທາງການແພດທີ່ສູນສຸຂະພາບ / Medical Treatment at Health Center

ຊື່ທ່ານໝໍ / Doctor: ..... ຊື່ໂຮງໝໍ / Hospital Name: .....

ຊື່ພະຍາດ / Diagnosis: ..... ເວລາ / Time: .....

5. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບປະກັນວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທຸກປະການ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຜິດຊອບຕໍ່ໜ້າກົດໝາຍທຸກກໍລະນີ ຕໍ່ຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ / I guarantee that the information above is true and accurate and take legal responsibility for its accuracy.

ໃນກໍລະນີ ມີການຮຽກຮ້ອງເອົາເງິນທົດແທນປະກັນໄພ, ຢູ່ໃນຊຸດເອກະສານຮຽກຮ້ອງເງິນທົດແທນນັ້ນຕ້ອງປະກອບມີເອກະສານດັ່ງລຸ່ມນີ້ /

As part of this Claim Form, the following documents must be provided to Prudential Life Assurance (Lao):

1. ບົດລາຍງານການແພດ / Medical Report of Policy Owner
2. ໃບຢັ້ງຢືນການເສຍຊີວິດ (ຕົ້ນສະບັບ ຫຼືສໍາເນົາທີ່ຢັ້ງຢືນຈາກອໍານາດການປົກຄອງ) / Death Certificate (original or certified copy)
3. ສໍາມະໂນຄົວ (ຫຼື ບັດປະຈໍາຕົວ, ໜັງສືເດີນທາງ, ໃບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່ ) / Family Book of Policy Owner or one of the following documents: ID Card, Passport, House Registration Book

ລົງລາຍເຊັນ / Signature and Name ..... ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ / Requestor

(.....)

ລົງລາຍເຊັນ / Signature and Name ..... ຊື່ຜູ້ຮັບ / Receiver

(.....)

(ນາຍໜ້າປະກັນໄພ / ພະນັກງານບໍລິການລູກຄ້າ / Broker / Customer Service / FC)

ລະຫັດ / Code: .....

ໝາຍເລກໂທລະສັບ / Phone Number: .....

ວັນທີ / Date: .....

ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ຈຳກັດ, ຊັ້ນ 5 ອາຄານ ວຽງຈັນເຊັນເຕີ້, ຖະໜົນ ຄູວຽງ, ບ້ານ ໜອງຈັນ, ເມືອງ ສີສັດຕະນາກ, ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ

ໂທ: (856) 21 211123; ອີເມວ: info@prudential.la; ເວັບໄຊທ໌: www.prudential.la

ໜຶ່ງໃນກຸ່ມ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ມະຫາຊົນ (ສະຫະຣາຊະອານາຈັກອັງກິດ)