

ຄໍາຮ້ອງຂໍຝື້ນສັນຍາປະກັນໄພທີ່ຂາດອາຍຸ
POLICY REINSTATEMENT REQUEST

ວັນທີ / Date: ໃບສະໝັກເລກທີ / Application number:
ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy number:
ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / Policy Owner:

ສັນຍາປະກັນໄພໄດ້ຂາດອາຍຸລົງນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ: / Policy has lapsed beginning on the due date:

ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກຂ້າພະເຈົ້າ, ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້, ຂໍສະເໜີໃຫ້ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ຝື້ນສັນຍາປະກັນໄພຊີວິດທີ່ຂາດອາຍຸ ໃຫ້ໂດຍນໍາໃຊ້ວິທີການດັ່ງນີ້:

I / We, the Policy Owner of the policy mentioned above, request Prudential Life Assurance (Lao) to reinstate the life insurance policy using the method below:

- ກະລຸນາກວດເບິ່ງຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພທັງໝົດທີ່ຄ້າງຈາຍ ນັບຕັ້ງແຕ່ໄລຍະທີ່ສັນຍາຂາດອາຍຸ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ສັນຍາປະກັນໄພທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງມີຜົນສັກສິດອີກຄັ້ງ (ລວມທັງ ຄ່າທໍານຽມທີ່ຄົບກໍານົດຈ່າຍຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຖ້າວ່າກໍານົດວັນຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຫາກຕໍ່າກວ່າ 15 ວັນ)
Please find attached all unpaid premiums since the lapse period to make the policy mentioned above valid again (and the next due premium if there are less than 15 days until the next due date).

ຖ້າວ່າສັນຍາປະກັນໄພຫາກຂາດອາຍຸ ເປັນເວລາ 6 ຫາ 24 ເດືອນ, ກະລຸນາຄັດຕິດໃບແຈ້ງສຸຂະພາບມາກັບຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ດ້ວຍ

If the policy has lapsed for 6 to 24 months, please submit the HEALTH DECLARATION attached to this Request.

ຖ້າສັນຍາປະກັນໄພຂາດອາຍຸລົງ ເປັນເວລາ ຕໍ່າກວ່າ 6 ເດືອນ, ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກຂ້າພະເຈົ້າ ຂໍຮັບປະກັນວ່າ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດຄົນປະຈຸບັນ (ລວມທັງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດຕາມຜະລິດຕະພັນຂັ້ນຕົ້ນ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດຜູ້ອື່ນ (ຖ້າມີ), ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ໂດຍຜ່ານຜະລິດຕະພັນເພີ່ມເຕີມ ຂອງສັນຍາປະກັນໄພສະບັບນີ້):

If the policy has lapsed for less than 6 months, please read the following:

I / We guarantee that the current Life Assured (including the basic product Life Assured and other Life Assureds, if any, is insured by Prudential Life Assurance (Lao) through the rider products of the policy):

- ມີເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບທີ່ດີ ແລະ ບໍ່ມີການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ບາດເຈັບໂດງ ທີ່ແຕກຕ່າງຈາກມື້ທີ່ຍື່ນໃບສະໝັກ, ແລະ
Is in good health condition and does not have any illness or injury different from the moment of submitting the application, and
- ໃນໄລຍະເວລາດັ່ງກ່າວຈົນເຖິງປະຈຸບັນ ບໍ່ໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບ, ບໍ່ໄດ້ຂໍຄໍາປຶກສາຈາກແພດໝໍ ກ່ຽວກັບພະຍາດມະເຮັງ, AIDS ແລະ ບໍ່ໄດ້ມີອຸປະຕິເຫດທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຈາກແພດໝໍ, ແລະ
During that time up to now, has not gone for any medical checkup, did not participate in any consulting services regarding cancer, AIDS, and did not have any accident requiring medical attention, and
- ບໍ່ໄດ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພໃດໆ ທີ່ມີການເພີ່ມຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ, ການຍົກເລີກ, ການເລື່ອນເວລາ ຫຼື ການປະຕິເສດ, ຫຼືວ່າ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດໄດ້ຮຽກຮ້ອງ ຫຼື ກໍາລັງດໍາເນີນການຮຽກຮ້ອງເອົາເງິນທົດແທນປະກັນໄພ ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆ ລວມທັງ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ), ແລະ
Does not hold any policy where there has been an increase in premium, cancellation, postponement or denial nor has the Life Assured requested or is currently requesting claims for insurance at any life insurance companies, including Prudential Life Assurance (Lao), and

ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ຈຳກັດ, ຊັ້ນ 5 ອາຄານ ວຽງຈັນເຊັນເຕີ້, ຖະໜົນ ຄຸວຽງ, ບ້ານ ໜອງຈັນ, ເມືອງ ສີສັດຕະນາກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
ໂທ: (856) 21 211124; ແຟັກ: (856) 21 211125; ອີເມວ: Info@prudential.la; ເວັບໄຊທ໌: www.prudential.la

ໜຶ່ງໃນກຸ່ມ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ມະຫາຊົນ (ສະຫະຣາຊະອານາຈັກອັງກິດ)



ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy Number:

- ບໍ່ໄດ້ມີການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບອາຊີບ, ກິດຈະກຳກິລາ ຫຼື ກິດຈະກຳການບັນເທີງອື່ນໆ.

Does not have any changes regarding occupation, sports activities or other entertainment activities.

ຂ້າພະເຈົ້າ / ພວກຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ ເປັນພື້ນຖານທາງດ້ານກົດໝາຍ ເພື່ອການພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍຜົນສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ເຫັນດີວ່າ ການລະເມີດຂໍ້ຜູກມັດນີ້ ຈະມີຜົນເຮັດໃຫ້ການຜົນສັນຍາປະກັນໄພເປັນໂມຄະ ອີງຕາມຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ເງື່ອນໄຂຂອງສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ກົດໝາຍໃນປະຈຸບັນ.

I / We also understand that the information above will be used as the legal basis for underwriting the reinstatement request and agree that violations of this commitment will void the reinstatement of the policy according to the Terms and Conditions of the policy and current laws.

ຖ້າວ່າທ່ານຫາກບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຊີວິດຂ້າງເທິງນີ້ ຫຼື ຕ້ອງການສະໜອງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຫ້ອງດ້ານລຸ່ມນີ້ ແລະ ປະກອບເອກະສານໃບແຈ້ງກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້.

If you cannot guarantee the information above regarding the health condition of the Life Assured, or want to provide additional information, please fill in the box as below and fill in the Health Declaration.

.....

.....

.....

.....

.....

ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກຂ້າພະເຈົ້າ / I / We:

- ຂໍຮັບປະກັນວ່າຈະສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ, ຫຼັກຖານ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການອື່ນໆ ແລະ ຕົກລົງໃຫ້ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ເກັບກຳຂໍ້ມູນ ເພື່ອພິຈາລະນາສຳລັບການປ່ຽນແປງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້.

Guarantee to provide any proof, evidence or other required information and agree for Prudential Life Assurance (Lao) to collect information for underwriting the change mentioned above.

- ເຂົ້າໃຈວ່າ ຄຳຮ້ອງຂໍຂ້າງເທິງນີ້ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ກໍ່ຕໍ່ ເມື່ອມີການອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ ບໍລິສັດ ພຣູເດັນໂຊລ໌ ປະກັນໄພຊີວິດ (ລາວ) ແລະ ມີການເກັບຄ່າທຳນຽມເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຈຳເປັນ.

Understand that the request above is only effective when Prudential Life Assurance (Lao) approves the request in writing and collects an additional premium, if necessary.

- ເມື່ອມີການເກັບຄ່າທຳນຽມເພີ່ມເຕີມ ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກຂ້າພະເຈົ້າ ອະນຸຍາດໃຫ້ທະນາຄານ ເກັບຄ່າທຳນຽມດັ່ງກ່າວ ຈາກ/ If required additional premium, I / We authorize the bank to debit from:

ເຈົ້າຂອງບັນຊີ/Account owner: ໝາຍເລກບັນຊີ/Account number:

ທີ່ທະນາຄານ/At Bank: ຊື່ສາຂາ/Branch name:

ເມືອງ/ແຂວງ/Province/City:

ຈຳນວນເງິນ (ກີບ)/Amount (LAK):

(ໝາຍເຫດ: ລູກຄ້າຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂໃນການນຳໃຊ້ບັນຊີທີ່ລົງທະບຽນກັບທະນາຄານ /Remark: Customer must do follow the condition of using account that registered with the bank)



ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy Number:

ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພ / POLICY OWNER:

.....

(ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ຊື່ເຕັມ)

(Sign and full name)

ການຢັ້ງຢືນຈາກພະຍານ / CONFIRMATION OF WITNESS

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເປັນພະຍານການລົງລາຍເຊັນຂ້າງເທິງນີ້ ແລະ ອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ນີ້ແມ່ນລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້.

I confirm that I witnessed the signature above and according to my personal knowledge, this is a signature of the Policy Owner of the policy mentioned above.

(ຊື່ເຕັມ / full name):

(ຊື່ LIS / ພະນັກງານບໍລິການລູກຄ້າ)

LIS / Customer Service's name)

ລະຫັດ LIS / LIS code:

ລາຍເຊັນ / Signature:

ວັນທີຮັບ / Date of receipt: