

CLAIM FORM FOR MEDICAL/HOSPITALIZATION EXPENSES

Health Life Perfect Plan

1 DETAIL OF MEDICAL TREATMENT

Subscriber: Policy No.:
 Name of Patient: Date of Birth:
 Contact person: Telephone:
 Place of Treatment:

2 ATTENDING DOCTOR'S CERTIFICATION

Out Patient Department (OPD = no hospitalized) In-patient Department (IPD = hospitalized)
 Doctor's diagnosis:

3 STATEMENT OF EXPENDITURE

3.1 OPD Claim

	Amount	Currency
a Medical fee Date:...../...../.....
.....
.....
Total	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

3.2 IPD Claim

(Hospitalized from:/...../..... To/...../.....)

	Amount	Currency
a Room & Board
b Hospital Service (Medical fee)
c Other (Specify)
Total	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Grand Total (OPD + IPD)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

4 PAYMENT

(AGL will pay in LAK unless customer notify AGL for paying in different currency or unless it's mentioned in the policy)

Cash

Name and Surname:....., Relationship:..... Mobile:.....

Bank Transfer

Account Name: Account No.:

Bank name: Currency: KIP / THB / USD

Note: - Please copy us the bank account book & we prefer the same currency as actual payment
 - Incase other representative receive claim reimbursment is requires assigned from the insured

5 SUPPORTING DOCUMENTS (please make sure you attached below documents for claim processing)

Original Receipt/Invoice. Medical Prescription. Medical Certificate/Doctor Diagnosis Report. Other medical treatments if any

Date:/...../..... Full Name:..... Signature:.....

ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນ

ສຸຂະພາບ ຊີວິດແບບສົມບູນ

1 ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ
 ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ:..... ໃບປະກັນໄພເລກທີ:.....
 ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນເຈັບ:..... ວັນເດືອນປີເກີດ
 ຜູ້ທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ:..... ໂທລະສັບ:
 ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ:.....

2 ການຢັ້ງຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວ
 ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)
 ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ:

3 ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ

3.1 ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD).	ຈຳນວນເງິນ	ສະກຸນເງິນ
ກ. ຄ່າປິ່ນປົວ (ຄ່າຢາ) ວັນທີ:...../...../.....
ລວມເງິນທັງໝົດ	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3.2 ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD) (ເຂົ້າໂຮງໝໍ ວັນທີ:/...../..... ເຖິງ/...../.....)	ຈຳນວນເງິນ	ສະກຸນເງິນ
ກ. ຄ່າຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ
ຂ. ຄ່າປິ່ນປົວ (ຄ່າຢາ)
ຄ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ (ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ)
ລວມເງິນທັງໝົດ	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ລວມເງິນທັງໝົດ (OPD + IPD)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

4 ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ
 (ບປລ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ບປລ ສຳລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)
 ເງິນສົດ
 ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ:....., ສາຍພົວພັນ:.....ເປີໂທລະສັບ:.....
 ໂອນເຂົ້າບັນຊີ
 ຊື່ບັນຊີ:..... ເລກບັນຊີ:.....
 ຊື່ທະນາຄານ:..... ສະກຸນເງິນ: ກີບ ບາດ ໂດລາ
ໝາຍເຫດ: - ກະລຸນາຄັດຕິດສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ສະກຸນເງິນດຽວກັນກັບການທິດແທນເງິນຄືນໃນຄັ້ງນີ້ ມາພ້ອມດ້ວຍ
 - ໃນກໍລະນີມອບໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນມາຮັບເງິນແທນ ຕ້ອງມີໃບມອບສິດ ຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຄັດຕິດມາພ້ອມ

5 ເອກະສານສຳຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ
 ໃບປິ່ນປົວເງິນ ໃບສັ່ງແພດ ໃບລາຍງານແພດ/ໃບບົ່ງມະຕິພະຍາດ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ

ວັນທີ:/...../..... ຊື່ແຈ້ງ:..... ລາຍເຊັນ:.....