

CLAIM NOTIFICATION FORM

Personal Accident Workmen's Compensation

1 DETAIL OF MEDICAL TREATMENT		
Subscriber:	Policy No.:	
Name of Patient:	Telephone:	
Accident Date:/...../.....	Time: :	Location:
Name of Witness:(If any)	Telephone:	
Accident details:		
(Circumstance)		
2 ATTENDING DOCTOR'S CERTIFICATION		
<input type="checkbox"/> Out Patient Department (OPD = no hospitalized) <input type="checkbox"/> In-patient Department (IPD = hospitalized)		
3 PAYMENT		
(AGL will pay in LAK unless customer notify AGL for paying in different currency or unless it's mentioned in the policy)		
<input type="checkbox"/> Cash		
Name and Surname:.....	Mobile:.....	
<input type="checkbox"/> Bank Transfer		
A/C Name:	A/C No.:	
Bank name:	Currency: <input type="checkbox"/> KIP / <input type="checkbox"/> THB / <input type="checkbox"/> USD	
Note: - please copy us the bank account book & we prefer the same currency as actual payment - In case other representative receive claim reimbursement is requires assigned from the insured		
4 SUPPORTING DOCUMENTS (please make sure you attached below documents for claim processing)		
<input type="checkbox"/> Original Receipt / Invoice <input type="checkbox"/> Medical Prescription <input type="checkbox"/> Medical Certificate / Doctor Diagnosis Report		
Date:/...../.....	Full Name:.....	Signature:.....



ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທົດແທນປະກັນໄພ

ອຸປະຕິເຫດທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ

1 ລາຍລະອຽດຂອງການປົ່ນປົວ

ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ:..... ໃບປະກັນໄພເລກທີ:.....

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນເຈັບ:..... ໂທລະສັບ:.....

ວັນທີເກີດອຸປະຕິເຫດ:/...../..... ເວລາ: : ສະຖານທີ່ເກີດເຫດ:.....

ຊື່ ຄູ່ກໍລະນີ:.....(ຖ້າມີ) ໂທລະສັບ:.....

ລາຍລະອຽດການເກີດອຸປະຕິເຫດ:.....

(ເຫດການ).....

.....

2 ການຍັງຢືນຈາກແພດປົ່ນປົວ

ການປົ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD)

ການປົ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)

3 ລາຍລະອຽດການທົດແທນເງິນຄືນ:

(ບປລ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ບປລ ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ທີ່ ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)

ເງິນສົດ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ:..... ເບີໂທລະສັບ:.....

ໂອນເຂົ້າບັນຊີ

ຊື່ບັນຊີ: ເລກບັນຊີ:.....

ຊື່ທະນາຄານ: ສະກຸນເງິນ: ກີບ ບາດ ໂດລາ

ໝາຍເຫດ: - ກະລຸນາຄັດຕິດສໍານຳເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ສະກຸນເງິນດຽວກັບກັບການທົດແທນເງິນຄືນໃນຄັ້ງນີ້ ມາພ້ອມດ້ວຍ

- ໃນກໍລະນີມອບໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນມາຮັບເງິນແທນ ຕ້ອງມີໃບມອບສິດ ຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຄັດຕິດມາພ້ອມ

4 ເອກະສານສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທົດແທນ

ໃບບິນຮັບເງິນ ໃບສັ່ງແພດ ໃບລາຍງານແພດ/ໃບບົ່ງມະຕິພະຍາດ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປົ່ນປົວ

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