



CLAIM NOTIFICATION FORM

1 DETAIL OF MEDICAL TREATMENT

Subscriber: Policy No.:
Name of Patient:
Accident Date/...../..... Time: : Location:

2 ATTENDING DOCTOR'S CERTIFICATION

- Accidental Death from Accident Accidental Death from Disease
 Out Patient Department (OPD = no hospitalized) In-patient Department (IPD = hospitalized)

Doctor's diagnosis:
Accident details:
(Circumstance)
Name of Witness:(If any) Telephone:

3 SUPPORTING DOCUMENTS

- Death certificate from hospital or Village Authority
 Report of Police
 Office's report
 Victim's Family registration book
 Certificate of beneficiary (Sign and stamp from the place)
 Beneficiary of family registration book, present address & contact number
 Other medical treatments if any

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 (Lak Kip)

A/C Name: A/C No.:

Bank name: Currency: KIP

Note: please copy us the bank account book & we prefer the same currency as actual payment

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



ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພກໍລະນີເສຍຊີວິດ

1 ລາຍລະອຽດຂອງລູກຄ້າ

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

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ເສຍຊີວິດ:.....

ວັນທີເສຍຊີວິດ:/...../..... ເວລາ: : ສະຖານທີ່ເສຍຊີວິດ:.....

2 ການຍັງຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວ

ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກອຸປະຕິເຫດ ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກພະຍາດ

ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)

ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ:.....

ລາຍລະອຽດການເກີດອຸປະຕິເຫດ:.....

(ເຫດການ).....

ຊື່ ຄູ່ກໍລະນີ:.....(ຕໍາມິ), ໂທລະສັບ:.....

3 ເອກະສານປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ

- ໃບຍັງຢືນການເສຍຊີວິດຈາກໂຮງໝໍ / ອໍານາດການປົກຄອງບ້ານ
- ບົດບັນທຶກຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດ
- ໃບລາຍງານຈາກຫ້ອງການທີ່ຜູ້ກ່ຽວສ້າງກັດຢູ່
- ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວ ຜູ້ເສຍຊີວິດ
- ໃບຍັງຢືນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ເຊັ່ນ ແລະ ປະທັບຕາ ຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ບ້ານ ຫຼື ຫ້ອງການ)
- ສໍາເນົາສໍາມະໂນຄົວ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ທີ່ຢູ່ບັດຈຸບັນ ແລະ ເບີໂທຕິດຕໍ່
- ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ

4 ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ

(ບປລ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ບປລ ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)

ເງິນສົດ

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ:....., ສາຍພົວພັນ:.....ເບີໂທລະສັບ:.....

ໂອນເຂົ້າບັນຊີ (ສະກຸນເງິນກີບ)

ຊື່ບັນຊີ: ເລກບັນຊີ:.....

ຊື່ທະນາຄານ:

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານມາພ້ອມດ້ວຍເພື່ອຫຼີກລ້ຽງຂໍ້ຜິດພາດໃນການພິມຊື່ ແລະ ເລກບັນຊີເວລາໂອນເງິນ

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