



DEATH CLAIM NOTIFICATION FORM

1 DETAIL OF MEDICAL TREATMENT		
Subscriber: _____	Policy No.: _____	
Name of Patient: _____	_____	
Accident Date: ___/___/___	Time: ___:___	Location: _____
2 ATTENDING DOCTOR'S CERTIFICATION		
<input type="checkbox"/> Accidental Death from Accident	<input type="checkbox"/> Out Patient Department (OPD = no hospitalized)	
<input type="checkbox"/> Accidental Death from Disease	<input type="checkbox"/> In-patient Department (IPD = hospitalized)	
Doctor's diagnosis: _____	_____	
Accident details: _____	_____	
(Circumstance) _____	_____	
Name of Witness: _____	(If any)	Telephone: _____
3 SUPPORTING DOCUMENTS		
<input type="checkbox"/> Death certificate from hospital or Village Authority	<input type="checkbox"/> Office's report	
<input type="checkbox"/> Autopsy Report	<input type="checkbox"/> Victim's Family registration book	
<input type="checkbox"/> Police Report	<input type="checkbox"/> Beneficiary of family registration book,	
<input type="checkbox"/> Certificate of beneficiary (Sign and stamp from the place)	present address & contact number	
<input type="checkbox"/> Other medical treatments if any		
4 PAYMENT:		
<input type="checkbox"/> Cash		
Name and Surname: _____	Relationship: _____	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	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ AGL will pay in LAK unless customer notify AGL for paying in different currency or unless it's mentioned in the policy. ▪ All claims will receive payment within 14 working days from date that all required documents received by AGL Head Office. ▪ Please copy us the bank account book & we prefer the same currency as actual payment. 		
<p>Remark: Based on regulations of Health Authorities, Hospitals and Clinics in Laos must provide medical documents in Lao language. For medical terminology English or French languages is acceptable if such Hospitals and Clinics are international entities. For other medical terminology languages AGL Claims examination process and approval might take sometime and period might excess Claims approval mentioned in clause 4 above and/or AGL might request more additional information (if needed).</p>		
Date: ___/___/___	Full Name: _____	Signature: _____



ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ ກໍລະນີເສຍຊີວິດ

1	<p>ລາຍລະອຽດຂອງລູກຄ້າ</p> <p>ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ: _____ ໃບປະກັນໄພເລກທີ: _____</p> <p>ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ເສຍຊີວິດ: _____</p> <p>ວັນທີເສຍຊີວິດ: ____/____/____ ເວລາ: ____: ____ ສະຖານທີ່ເສຍຊີວິດ: _____</p>
2	<p>ການຍ້າຍຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວ</p> <p><input type="checkbox"/> ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກອຸປະຕິເຫດ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD)</p> <p><input type="checkbox"/> ກໍລະນີເສຍຊີວິດຈາກພະຍາດ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)</p> <p>ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ: _____</p> <p>ລາຍລະອຽດການເກີດອຸປະຕິເຫດ: _____</p> <p>(ເຫດການ) _____</p> <p>ຊື່ ຄູ່ກໍລະນີ: _____ (ຖ້າມີ), ໂທລະສັບ: _____</p>
3	<p>ເອກະສານປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ</p> <p><input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນການເສຍຊີວິດຈາກໂຮງໝໍ / ອຳນາດການປົກຄອງບ້ານ <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານຈາກຫ້ອງການທີ່ຜູ້ກ່ຽວສັງກັດຢູ່</p> <p><input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານສັນລະສຸດສິບ <input type="checkbox"/> ສຳເນົາສຳມະໂນຄົວ ຜູ້ເສຍຊີວິດ</p> <p><input type="checkbox"/> ບົດບັນທຶກຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ຕໍາຫຼວດ <input type="checkbox"/> ສຳເນົາສຳມະໂນຄົວ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ ແລະ ເບີໂທ</p> <p><input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ເຊັນ ແລະ ປະທັບຕາຈາກພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ບ້ານ ຫຼື ຫ້ອງການ)</p> <p><input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ</p>
4	<p>ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ</p> <p><input type="checkbox"/> ເງິນສົດ</p> <p>ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ: _____ ສາຍພົວພັນ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ໂອນເຂົ້າບັນຊີ</p> <p>ຊື່ບັນຊີ: _____ ເລກບັນຊີ: _____</p> <p>ຊື່ທະນາຄານ: _____ ສະກຸນເງິນກີບ <input type="checkbox"/> ກີບ / <input type="checkbox"/> ບາດ / <input type="checkbox"/> ໂດລາ</p> <ul style="list-style-type: none"> - AGL ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ AGL ສຳລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ. - ການທິດແທນເງິນຄືນແມ່ນພາຍໃນ 14 ວັນລັດຖະການ ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ AGL ສຳນັກງານໃຫຍ່ ໄດ້ຮັບເອກະສານຖືກຕ້ອງຄົບຖ້ວນແລ້ວ. - ກະລຸນາຄັດຕິດສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານມາພ້ອມດ້ວຍເພື່ອຫຼີກລ້ຽງຂໍ້ຜິດພາດໃນການພິມຊື່ ແລະ ເລກບັນຊີເວລາໂອນເງິນ. <p>ໝາຍເຫດ: ອີງຕາມແຈ້ງການຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຄລີນິກໃນລາວ ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານການປິ່ນປົວເປັນພາສາລາວ, ສ່ວນຄຳສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດອາດສະໜອງເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາຝະລັ່ງກໍໄດ້ ຖ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກດັ່ງກ່າວ ເປັນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກສາກົນ. ສ່ວນຄຳສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດທີ່ເປັນພາສາອື່ນໆ ການດຳເນີນການ ຫຼື ອະນຸມັດເຄລມຂອງ AGL ອາດຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ແລະ ອາດເກີນກວ່າໄລຍະເວລາ 14 ວັນ ທີ່ກ່າວໄວ້ຂ້າງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼື AGL ອາດມີການຮ້ອງຂໍເອົາ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນ ເພີ່ມເຕີມ (ຖ້າຈຳເປັນ).</p> <p>ວັນທີ: ____/____/____ ຊື່ແຈ້ງ: _____ ລາຍເຊັນ: _____</p>