



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: _____	_____	_____
	_____	_____
<b>Total:</b>	_____	_____

**3.2 IPD Claim:**  
 (Hospitalized from: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

	Amount	Currency
	_____	_____
<b>Total:</b>	_____	_____

**Grand Total (OPD + IPD)** \_\_\_\_\_

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  
 - In case other representative receive claim reimbursement 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

**Remark:** All claims (except Travel Insurance) will receive payment within 14 working days from date that all required documents received by AGL Head Office. 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).

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Full Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_



## ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນປະກັນໄພ

ປະກັນສຸຂະພາບ  ປະກັນຊີວິດສົມບູນ

<b>1 ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ</b>		
ຊື່ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພ: _____	ໃບປະກັນໄພເລກທີ: _____	
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນຈັບ: _____	ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ: _____	
ຜູ້ທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ: _____	ເບີໂທລະສັບ: _____	
ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ: _____		
<b>2 ການຢັ້ງຢືນຈາກແພດປິ່ນປົວ:</b> <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)		
ພະຍາດທີ່ທ່ານໄປປິ່ນປົວ: _____		
<b>3 ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ</b>		
<b>3.1 ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD).</b>	ຈໍານວນເງິນ	ສະກຸນເງິນ
a. ຄ່າປິ່ນປົວ (ຄ່າຢາ) ວັນທີ: ____/____/____	_____	_____
	_____	_____
<b>ລວມທັງໝົດ:</b>	_____	_____
<b>3.2 ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)</b>	ຈໍານວນເງິນ	ສະກຸນເງິນ
(ເຂົ້າໂຮງໝໍ ວັນທີ: ____/____/____ ເຖິງ: ____/____/____)	_____	_____
	_____	_____
<b>ລວມທັງໝົດ:</b>	_____	_____
<b>ລວມເງິນທັງໝົດ (OPD + IPD)</b>	_____	_____
<b>4 ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ</b>		
(AGL ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ AGL ສໍາລັບການຈ່າຍສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)		
<input type="checkbox"/> ເງິນສົດ		
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບເງິນ: _____ ສາຍພົວພັນ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____		
<input type="checkbox"/> ໂອນເຂົ້າບັນຊີ		
ຊື່ບັນຊີ: _____ ເລກບັນຊີ: _____		
ຊື່ທະນາຄານ: _____ ສະກຸນເງິນ: <input type="checkbox"/> ກີບ / <input type="checkbox"/> ບາດ / <input type="checkbox"/> ໂດລາ		
ໝາຍເຫດ: - ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ສະກຸນເງິນດຽວກັບກັບການທິດແທນເງິນຄືນໃນຄັ້ງນີ້ ມາພ້ອມດ້ວຍ		
- ໃນກໍລະນີມອບໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນມາຮັບເງິນແທນ ຕ້ອງມີໃບມອບສິດ ຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຄັດຕິດມາພ້ອມ		
<b>5 ເອກະສານສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ</b>		
<input type="checkbox"/> ໃບບິນຮັບເງິນ <input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງແພດ <input type="checkbox"/> ໃບລາຍງານແພດ/ໃບປຶ້ງມະຕິພະຍາດ <input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ		
<b>ໝາຍເຫດ:</b> ຂັ້ນຕອນການທິດແທນເງິນຄືນແມ່ນພາຍໃນ 14 ວັນລັດຖະການ. ອີງຕາມແຈ້ງການຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຄລິນິກໃນລາວ ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານການປິ່ນປົວເປັນພາສາລາວ, ສ່ວນຄ່າສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດອາດສະໜອງເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາຝະລັ່ງກໍໄດ້ ຖ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລິນິກດັ່ງກ່າວ ເປັນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລິນິກສາກົນ, ສ່ວນຄ່າສັບທີ່ໃຊ້ທາງການແພດທີ່ເປັນພາສາອື່ນໆ ການດໍາເນີນການ ຫຼື ອະນຸມັດເຄລມຂອງ AGL ອາດຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ແລະ ອາດເກີນກວ່າໄລຍະເວລາ 14 ວັນ ທີ່ກ່າວໃ້ຂ້າງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼື AGL ອາດມີການຮ້ອງຂໍເອົາ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນ ເພີ່ມເຕີມ (ຖ້າຈໍາເປັນ).		
ວັນທີ: ____/____/____	ຊື່ແຈ້ງ: _____	ລາຍເຊັນ: _____