



**ໃບສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ- APPLICATION FORM**

ສຸຂະພາບ HEALTH  ຊີວິດ TERM LIFE  ຊີວິດສົມບູນ LIFE "Perfect Plan"

**A) ຜູ້ເຊັນເອົາການປະກັນໄພ/ Subscriber:** ..... ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ/Occupation:.....  
ທີ່ຢູ່/Address (P.O.Box):..... ໂທ/Tel..... ແຟັກ/Fax: .....  
ອີເມລ/E-mail : .....

**B) ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ / Details of applicant:** ເພດ [Gender]:  ຊາຍ / Male  ຍິງ / Female  
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ/ Name and Surname.....ວັນເດືອນປີເກີດ/Date of birth.....  
ອາຊີບ/ Occupation ..... ສູງ/ Height..... ຊມ/cm. ນ້ຳໜັກ/ Weight.....ກລ/ kgs  
ສະຖານະ/ Status:  ແຕ່ງງານ/ Married,  ໂສດ/ Single,  ໝ້າຍ/ Widow,  ຮ້າງ/ Divorced  
ທີ່ຢູ່/ Address..... ໂທ/ Tel:.....  
ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່ / Alternative contact address ..... ໂທ/ Tel: .....  
ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ / ID. Card No..... ອອກເມື່ອວັນທີ / Date of issue.....ທີ່/ at.....

**C) ລາຍລະອຽດຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Details of beneficiary**  
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Name and Surname Beneficiary: .....  
ວັນເດືອນປີເກີດ/Date of birth: ....., ສາຍພົວພັນຄອບຄົວ/Relationship.....,ອາຊີບ / Occupation.....  
ທີ່ຢູ່ / Address:.....

ໄລຍະທີ່ຕ້ອງການເອົາການຄຸ້ມກັນ/Period of coverage.....ວັນ / day(s) , ເດືອນ / month(s) , ປີ / year   
ເລີ່ມວັນທີ / Commencing date.....  
ສິ້ນສຸດວັນທີ / Expiry date. ....

**D) ການແຈ້ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແລະອື່ນໆ / Health and other declarations**

1. ກ. ປະຈຸບັນຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ຫຼືຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ມີປະກັນອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ສຸຂະພາບກັບບໍລິສັດອື່ນບໍ່? ຖ້າມີຈົ່ງໃຫ້ລະອຽດ  
Does the applicant or person to be covered have health or accident insurance with any other insurance companies? If so, please give details  
.....  
ຂ. ບັດຈຸບັນຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ຫຼືຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ເຄີຍໄດ້ຮັບການປະຕິເສດ ການປະກັນຊີວິດ, ການປະກັນໄພອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ສຸຂະພາບ ຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພໃດ ຫຼື ບໍ່?  
ບໍ່? Has the applicant or person to be covered ever had a request for life, accident or health insurance rejected by another insurance company?  
ເຄີຍ / Yes  ບໍ່ເຄີຍ / No  ຖ້າເຄີຍ ໄດ້ຮັບການປະຕິເສດ ຈົ່ງຂຽນລາຍລະອຽດ / If yes, please give details:  
ຜູ້ເອົາການປະກັນໄພແຕ່ລະຄົນຄວນຕື່ມຂໍ້ມູນຕາມແບບຟອມສຸຂະພາບນີ້ Each applicant must fill in the attached form regarding his/her health status.  
ສໍາລັບຜູ້ມີບັນຫາສຸຂະພາບຕ້ອງກວດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ For each anomaly, please provide result of last exploration (laboratory, X-ray...) and copy of medical prescription

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕິກລົງອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານພໍ່/ໂຮງໝໍ/ຄູິນິກ ເປີດເສີຍປະຫວັດສະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ການປິ່ນປົວ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງຕາມທີ່ບໍລິສັດ AGL ປະກັນໄພລາວ ມີຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການ, ທັງນີ້ແມ່ນແນໃສ່ການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາໃບສະເໜີ ເຮັດປະກັນໄພກໍຄືຊໍາລະສິນທິດແທນປະກັນໄພຕາມລະບຽບການ.  
I hereby agree to follow the physician/hospital/clinic to disclose records of my medical treatment to the extent that Assurances General Laos requires for the purpose of considering the insurance application or payment benefits.  
  
ທີ່/At.....ວັນທີ/Date.....  
ລາຍເຊັນຜູ້ສະເໜີ ເອົາປະກັນໄພ / Applicant's Signature

ຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ຈົ່ງແຈ້ງສຸຂະພາບ ຮ່າງກາຍຈິດໃຈ ແລະ ປະຫວັດການປິ່ນປົວພະຍາດໃນໄລຍະ 3 ປີຜ່ານມາ ເຖິງປະຈຸບັນ ດັ່ງຕາຕະລາງ ຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ຈົ່ງໃຊ້ເຄື່ອງໝາຍຖືກ ✓

ໃນຫ້ອງ "ເຄີຍ" ຫຼື "ບໍ່ເຄີຍ" ຖ້າຕອບ "ເຄີຍ" ຈົ່ງຂຽນລາຍລະອຽດ

The applicant or person to be covered must now complete the following table concerning physical and mental health at time of application and previous History during last 3 years of any health disorder and treatment received (Please use ✓ in the space "Yes" or "No", if Yes, please give details in next column)

ກະລຸນາບອກລາຍລະອຽດການໃຊ້ຊີວິດຂອງທ່ານ ຕາມສະຖານະພາບລຸ່ມນີ້ Please describe your life habit on situations below

ນ້ຳໜັກ / Weight: .....kgs; ລວງສູງ / Height: .....cm. ດັດຊະນີມວນກາຍ / BMI: .....[Formula: BMI= Weight / Height\*Height]

ສູບຢາ / [Smoking]: ຄວາມຖີ່ / Frequency: .....ກອກ/ມື້ (ຈຳນວນສະເລ່ຍ) [Cigarettes / day in average]

ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ / Since when: .....ຈົນຮອດ / Until: .....

ຢາ ຫຼື ສານເສບຕິດທີ່ໃຊ້ເປັນປະຈຳ / Medicine or drug or specific substance taken regularly: .....

ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ / Since when: .....ຈົນຮອດ / Until: .....

ທ່ານເຄີຍຄິດສິ້ນ(ຂ້າໂຕຕາຍ) ຫຼື ບໍ່? [Have you ever taken action to end life?] ເຄີຍ [Yes]  ບໍ່ເຄີຍ[No]

#	ຄວາມບົກພ່ອງ / ພະຍາດ [Disorder / Disease]	ເຄີຍ [Yes] <input type="checkbox"/>	ບໍ່ເຄີຍ[No] <input type="checkbox"/>	DETAIL: (ອະທິບາຍ [Describe]:.....) ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ[To]..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment and remark].....
1	ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດຫຼືບໍ່ [Ever undergone an operation] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
2	ຊຶມເສົ້າ, ຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ ແລະ ພຶດຕິກຳ [Depression, mental and comporment disorder] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
3	ອາການຊັກ [Seizure disorder]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
4	ອາການເຈັບໜ້າເອິກຫຼັງຈາກກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເຈັບເວລາພັກຜ່ອນ [Chest pain after activities or spontaneous] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
5	ພະຍາດຫົວໃຈສັ່ນ [Palpitation] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....

6	ອາການວິນວຽນທີ່ເກີດຂຶ້ນເອງ ຫຼື ຫຼັງຈາກເຮັດກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງ [Vertigo / dizziness / spontaneous or after activities] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
7	ອາການເຈັບ ແລະ ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງປະສາດ? (ໄມເກຣນ, ເຈັບປະສາດ, ເຈັບຫົວຊ້ຳເຮື້ອ, ເຈັບສັນຫຼັງ ຫຼື ປວດກ້ານຄໍ) Neurological pain and disorder ? XMigraine, Neuralgia, sciatica, paralysis, chronic headache, vertebral or neck pain ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
8	ພະຍາດຕ່ອມໄທຣອຍ / [Thyroid disease]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
9	ພະຍາດຫິດ ຫຼື ພະຍາດອື່ນໆທີ່ເຮັດໃຫ້ຮ່າງກາຍຫາຍໃຈຫຍຸ້ງຍາກ Asthma or any other breath difficulty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
10	ພະຍາດຕັບ (ຕັບອັກເສບ, ມະເຮັງຕັບ, ຫົວຖົງປີ,,) [Liver Disease (hepatitis, cirrhosis, bile ductstone...)] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
11	ພະຍາດຫົວໃຈ (Heart disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
12	ພະຍາດຄວາມດັນເລືອດສູງ-ຕ່ຳ [High or Low blood pressure], ການວັດແທກຄັ້ງລ່າສຸດ Last measure :.....mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
13	ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຂໍ້ ຫຼື ກ້າມຊີ້ນ ຫຼື ກະດູກ [disorder of Joints, Muscles, bones, Gout] (ອາການບວມ, ກະດູກຫຼຸດໂບກ,ອາການເຄັດ , ກະດູກຫັກ swelling, dislocation, strain, fracture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....

14	ພາກໄຂ່ຫຼັງ, ທາງເດີນບັດສະວະ, ພິ້ວ (Disorder of Kidneys & Urine Passage, stone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
15	ພະຍາດເບົາຫວານ [Diabetes] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
16	ພະຍາດເນື້ອງອກບໍ່ຮ້າຍແຮງ/ມະເຮັງ [Non-Malignant Growth / Cancer]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
17	ສະເພາະຜູ້ຍິງ: ປະຈຳເດືອນຜິດປົກກະຕິ ຫຼື ມີພະຍາດເຕົ້ານົມ, ທ່ໍ່ສົ່ງໄຂ່, ມົດລູກ, ຮວຍໄຂ່, ປາກມົດລູກບໍ່? [Any menstrual disorders or symptoms of disease of breast, tube, utérus, ovaries, cervix ?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....
18	ຖ້າມີພະຍາດອື່ນອກຈາກຕາມຕະລາງຂ້າງເທິງນີ້ຈົ່ງແຈ້ງລະອຽດ (Is there any other disease you have suffered from that is not mentioned in the above schedule ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ [Describe]:..... ວັນທີ່ເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence]: dd/mm/yyyy ວັນທີ່ເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ [From].....ຈົນຮອດ [To].....ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment].....

ໝາຍເຫດ [Remark]:  
 ຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພໄດ້ມີໜ້າ ແລະ ຕົ້ນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ [Applicant present physically / completed by himself this application for] ແມ່ນແລ້ວ / Yes  ບໍ່ແມ່ນ / No   
 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອື່ນໆ, ກະລຸນາບອກຈຳນວນ ແລະ ລາຍລະອຽດໂດຍຫຍໍ້ລຸ່ມນີ້ [For any additional information, indicate the item number and describe briefly here].

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພທຸກຄົນຕ້ອງປະກອບໃບສະເໜີເອົາປະກັນໄພນີ້ ສຳລັບເປັນກຸ່ມແລະບຸກຄົນ ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ40ປີ ຖ້າຫາກວ່າ ຜູ້ໃດມີບັນຫາສຸຂະພາບ ຕ້ອງໄດ້ກວດເພີ່ມຕື່ມ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ40ປີຂຶ້ນໄປ ຕ້ອງມີໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ ແລະ ຜົນກວດຕ່າງໆລຸ່ມນີ້:

Selection is based on health questionnaire for “Group application regardless of the age” and “for individual less than 40 years old”. However, in case of abnormal answer, medical certificate and paraclinical test must be provide. Individual applicant 40 years old and over must provide medical certificate and paraclinical test as below:

- |  |   |
|--|---|
| Medical certificate of physical examination from physician | ນ້ຳຕານໃນເລືອດ (Glycaemia)   |
| Measure of Blood pressure                                  | ໄຂມັນໃນເລືອດ (Cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol, Triglyceridemie) |
| ແທກກະແສໄຟຟ້າຫົວໃຈ (E C G Interpreted by physician)         | Anti gen for Hepatitis B detection  |
| ສ່ອງລັງສີດັງເອີກ(Chest X ray interpreted by physician)     |   |

**ແຜນການຄຸ້ມກັນຕົນປະໂຫຍດ / Coverage option**

<b>E) ລາຍລະອຽດຕົ້ນປະໂຫຍດ / Details of Benefits:</b> <input type="checkbox"/> ກີບ / Kip, <input type="checkbox"/> ໂດລາ / USD;    Type : <input type="checkbox"/> ກຸ່ມ / Group, <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນ / Individual									
<b>F) ສະເພາະປະກັນຊີວິດ / Term Life Insurance:</b> ມູນຄ່າຄຳປະກັນ / Sum Insured: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ກໍລະນີເສຍຊີວິດ / in case of Death:.....</li> <li>- ພິການຖາວອນທົ່ງໝົດ / Total Permanent disability:.....</li> <li>- ຄ່າປ່ວຍການປະຈຳວັນ Daily Allowance:.....</li> <li>- ຄ່າປິ່ນປົວ Medical Expenses:.....</li> </ul>									
<b>F) ປະກັນສຸຂະພາບ / Health Insurance</b>									
<b>ພາຍໃນ ສປປ ລາວ ເທົ່ານັ້ນ / Treatment In Laos only</b>									
ການປິ່ນປົວນອນໂຮງໝໍ (ຜູ້ປ່ວຍໃນ) Hospitalization (In-patient)					ການປິ່ນປົວບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (ຄູິນິກ ຫຼື ໂຮງໝໍ 1ຄັ້ງ / ມື້, 30 ຄັ້ງ/ປີ) Out-patient (Clinic or hospital: 1visit/day, 30 visit/year)				
HSB_NLNL100	HSB_NLNL200	HSB_NL300	HSB_NL400	HSB_NL500	OPD_NL100	OPD_NL200	OPD_NL300	OPD_NL400	OPD_NL500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ທົ່ວໂລກ / Worldwide</b>									
ການປິ່ນປົວນອນໂຮງໝໍ (ຜູ້ປ່ວຍໃນ) Hospitalization (In-patient)					ການປິ່ນປົວບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (ຄູິນິກ ຫຼື ໂຮງໝໍ 1ຄັ້ງ / ມື້, 30 ຄັ້ງ/ປີ) Out-patient (Clinic or hospital: 1visit/day, 30 visit/year)				
HSB_NLW100	HSB_NLW200	HSB_NLW300	HSB_NLW400	HSB_NLW500	OPD_NLW100	OPD_NLW200	OPD_NLW300	OPD_NLW400	OPD_NLW500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ທົ່ວໂລກ / Worldwide</b>									
ການປິ່ນປົວນອນໂຮງໝໍ (ຜູ້ປ່ວຍໃນ) Hospitalization (In-patient)					ການປິ່ນປົວບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (ຄູິນິກ ຫຼື ໂຮງໝໍ 1ຄັ້ງ / ມື້, 30 ຄັ້ງ/ປີ) Out-patient (Clinic or hospital: 1visit/day, 30 visit/year)				
HSB_NU100	HSB_NU200	HSB_NU300	HSB_NU400	HSB_NU500	OPD_NU100	OPD_NU200	OPD_NU300	OPD_NU400	OPD_NU500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ໃບກວດສຸຂະພາບ / Medical Check-up**

	To check	Remarks
1	Medical Certificate .....	With detail of Physical examination
2	ECG + blood pressure measure.....	<a href="#">Please provide the result Interpreted by physician</a>
3	Chest X ray .....	<a href="#">Please provide the result Interpreted by physician</a>
4	Glycaemia .....	Please provide the result with range value of the laboratory
5	Cholesterol total .....	Please provide the result with range value of the laboratory
6	LDL cholesterol .....	Please provide the result with range value of the laboratory
7	HDL cholesterol .....	Please provide the result with range value of the laboratory
8	Triglyceride .....	Please provide the result with range value of the laboratory
9	Micro-urinalysis.....	Please provide the result with range value of the laboratory
10	Antigen HbS for hepatitis B detection....	Please provide the result with range value of the laboratory

*Please attach the results and provide us mail address of the physician and laboratory for communication in case of additional information required*