



Ref: TLF\_LP\_U4\_200406

# ເງື່ອນໄຂປະກັນຊີວິດແບບອຸ່ນໃຈຫາຍຫ່ວງ (ປະກັນຊີວິດ, ຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ ແລະ ເງິນອຸດໜູນລາຍປີ)

## ສາລະບານ

1. ພື້ນຖານຂອງສັນຍາ.....	2
2. ຂໍ້ກຳນົດ.....	2
3. ສິດ ແລະ ພັນທະຂອງຜູ້ສະໝັກ.....	3
4. ການຄຸ້ມກັນ.....	4
5. ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ .....	7
6. ການຊຳລະຄ່າທຳນຽມ ແລະ ການປັບປ່ຽນ.....	7
7. ການຊຳລະວົງເງິນປະກັນໄພໂດຍຜູ້ປະກັນໄພ.....	7
8. ສິດໃນການກວດສອບ .....	8
9. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ .....	8
10. ການສູນຫາຍໄປ ແລະ ອື່ນໆ.....	9
11. ເອກະສານການສະແດງຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.....	9
12. ຂອບເຂດອຳນາດສານ.....	9
13. ແຈ້ງການຂໍ້ມູນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ .....	9
14. ອື່ນໆ.....	10

# 1. ພື້ນຖານຂອງສັນຍາ

ໃນກໍລະນີທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເສຍຊີວິດ ຫຼື ພິການຖາວອນທັງໝົດ ພາຍໄດ້ສັນຍາປະກັນຊີວິດແບບອຸ່ນໃຈຫາຍຫ່ວງ, ບໍລິສັດ ຈະຊໍາລະເງິນສິນທິດແທນໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຕາມຈໍານວນເງິນທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພເຊິ່ງໄດ້ຕົກລົງກັນກັບຜູ້ໄດ້ ຮັບການປະກັນໄພໃນເວລາດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂໍປະກັນໄພ.

ຜົນປະໂຫຍດໄດ້ຮັບປະກອບມີ:

ກ. ວົງເງິນປະກັນຊີວິດ ຫລື ພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ ໂດຍອີງໃສ່ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍ ທັງ ກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ມີສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫລື ບໍ່ແມ່ນອຸປະຕິເຫດ.

- ກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ບໍ່ແມ່ນສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍແມ່ນທຽບເທົ່າກັນ ກັບວົງເງິນຄໍາປະກັນການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດ.
- ກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ມີສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍແມ່ນຈ່າຍສອງເທົ່າກັນ ກັບວົງເງິນຄໍາປະກັນການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດ.
- ກໍລະນີໄດ້ຈ່າຍສິນທິດແທນການພິການຖາວອນທັງໝົດໄປແລ້ວ, ຈະບໍ່ມີການຈ່າຍສິນທິດແທນອື່ນເພີ່ມຕື່ມ ຖ້າຫາກມີ ການເສຍຊີວິດຕາມມາ.

ຂ. ເງິນອຸດໜູນລາຍປີ(A)ແມ່ນຈະກໍານົດຈ່າຍເປັນປີຕໍ່ປີໃຫ້ແກ່ຜູ້ໄດ້ຜົນປະໂຫຍດ ຈົນຄົບອາຍຸ60ຂອງຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ ຊຶ່ງບໍ່ມີອັດຕາ ຄ່າທໍານຽມອື່ນໃດເພີ່ມຕື່ມ.

# 2. ຂໍ້ກໍານົດ

“ການພິການຖາວອນທັງໝົດ” (TPD) ໝາຍເຖິງ ອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ຄວາມເຈັບເປັນ.

ໝາຍເຖິງຄວາມພິການທີ່ມາຈາກອຸປະຕິເຫດ, ຈາກການບາດເຈັບທາງຮ່າງກາຍ, ຄວາມເຈັບເປັນ ຫຼື ພະຍາດຕ່າງໆ ເຊິ່ງ ຂັດຂວາງບໍ່ໃຫ້ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພປະຕິບັດວຽກ, ວິຊາຊີບ ຫຼື ອາຊີບເພື່ອການຊົດເຊີຍ, ຜົນກໍາໄລ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ເຫຼືອ ຂອງຊີວິດ; ໄດ້ຮັບການປະເມີນຢ່າງໜ້ອຍເປັນເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການປົ່ງມະຕິວ່າເປັນການພິການຖາວອນທັງໝົດ (TPD).

ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບຈາກແພດທີ່ມີລາຍຊື່, ຮັບຮູ້ໂດຍອໍານາດການປົກຄອງ ແລະ ຄະນະການແພດ, ເຊິ່ງໄດ້ອະທິບາຍລາຍ ລະອຽດ ຂອງການພິການຖາວອນທັງໝົດ.

ສໍາລັບການສູນເສຍສາຍຕາ ແລະ ການສູນເສຍອະໄວຍະວະຖາວອນ, ກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້ຖືເປັນ ການພິການຖາວອນທັງໝົດ (TPD):

- ✓ ການສູນເສຍມື ຫຼື ຕີນ ຫຼື ສາຍຕາ ທັງສອງຂ້າງ
- ✓ ການສູນເສຍມືໜຶ່ງຂ້າງ ແລະ ຕີນໜຶ່ງຂ້າງ
- ✓ ການສູນເສຍມືໜຶ່ງຂ້າງ ແລະ ສາຍຕາໜຶ່ງຂ້າງ
- ✓ ການສູນເສຍຕີນໜຶ່ງຂ້າງ ແລະ ສາຍຕາໜຶ່ງຂ້າງ

“ການສູນເສຍອະໄວຍະວະຖາວອນ” ໝາຍເຖິງ ການຕັດອະໄວຍະວະອອກຈາກຮ່າງກາຍຕັ້ງແຕ່ຂໍ້ມື ຫຼື ຂໍ້ຕີນ ລວມເຖິງການ ເສື່ອມສະມັດຖະພາບຂອງການນໍາໃຊ້ອະໄວຍະວະດັ່ງກ່າວ ໂດຍມີຂໍ້ບັງຊີທາງການແພດທີ່ຊັດເຈນວ່າບໍ່ສາມາດກັບມານໍາໃຊ້ໄດ້ອີກ ຕະຫຼອດໄປ.

“ການສູນເສຍສາຍຕາ” ໝາຍເຖິງ ຕາບອດຖາວອນ ແລະ ບໍ່ສາມາດປິ່ນປົວໄດ້ຕະຫຼອດໄປ

“ການເສຍຊີວິດ” ໝາຍເຖິງ ການເສຍຊີວິດຈາກສາເຫດທັງໝົດ (ການເຈັບເປັນ ແລະ ອຸປະຕິເຫດ)

“ບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ປະກັນໄພ” ໝາຍເຖິງ ບໍລິສັດທີ່ອອກເງິນໄຂປະກັນໄພນີ້.

“ຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ” ໝາຍເຖິງ ຜູ້ສະເໜີເອົາປະກັນໄພໃນຕາຕະລາງ ແລະ ຜູ້ທີ່ລົງລາຍເຊັນໃນສັນຍາ ແລະ ຕາມ ຫຼັກການແມ່ນຜູ້ທີ່ຊໍາລະຄ່າທໍານຽມ.

“ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ” ໝາຍເຖິງ ບຸກຄົນທີ່ຖືວ່າເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໃນຕາຕະລາງ.

“ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໃໝ່” ໝາຍເຖິງ ບຸກຄົນທີ່ຖືວ່າເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໃໝ່ຄັ້ງທໍາອິດໃນຕາຕະລາງສັນຍາປະກັນ ຊີວິດຂອງບປລ, ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໃດກໍຕາມທີ່ບໍ່ຕໍ່ສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ/ຫລື ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພເກີນກວ່າ 6 ເດືອນຕໍ່ເນື່ອງກັນຈາກສັນຍາທີ່ສິ້ນສຸດໄປແລ້ວ ຈະຖືວ່າເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ.

“ອຸປະຕິເຫດ” ໝາຍເຖິງ ເຫດການທີ່ເກີດຂຶ້ນຢ່າງກະທັນຫັນໂດຍບໍ່ຄາດຄິດຈາກປັດໄຈພາຍນອກຮ່າງກາຍ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ໂດຍບໍ່ໄດ້ ເຈຕະນາ ຫຼື ໂດຍບໍ່ຄາດຄິດກັບຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ.

“ການບາດເຈັບ” ໝາຍເຖິງ ການບາດເຈັບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ອາດມີຜົນໂດຍກົງຈາກອຸປະຕິເຫດເຊິ່ງເກີດຂຶ້ນໂດຍບັງເອີນ ແລະ ປາດສະຈາກເຫດການອື່ນ.

“ເງິນອຸດໜຸນລາຍປີ” ໝາຍເຖິງ ເງິນອຸດໜຸນກໍານົດຈ່າຍເປັນປີຕໍ່ປີມີ 10% ຫລື 20% ຂອງວົງເງິນຄ່າປະກັນກໍລະນີເສຍຊີວິດໃຫ້ ແກ່ຜູ້ໄດ້ຜົນປະໂຫຍດ ຈົນຄົບອາຍຸ 60 ຂອງຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ ໂດຍອີງໃສ່ສັນຍາປະກັນໄພ.

“ເຫດການກໍານົດຮ້າຍ” ໝາຍເຖິງ ການກະທໍາໃດໜຶ່ງ, ບໍ່ພຽງແຕ່ເປັນການນໍາໃຊ້ກໍາລັງ ຫຼື ຄວາມຮຸນແຮງ ແລະ/ຫຼື ການ ຂົ່ມຂູ່ ຂອງບຸກຄົນ ຫຼື ກຸ່ມຄົນໃດໜຶ່ງ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນການກະທໍາດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໃນນາມ ຫຼື ຮ່ວມກັບອົງການຈັດຕັ້ງໃດ ໜຶ່ງ ຫຼື ລັດຖະບານ , ທີ່ເນັ້ນໃສ່ຈຸດປະສົງທາງດ້ານການເມືອງ, ສາສະໜາ, ອຸດົມການ ຫຼື ຈຸດປະສົງທີ່ຄ້າຍຄືກັນ ລວມທັງ ຈຸດປະສົງທີ່ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ ລັດຖະບານ ແລະ/ຫຼື ເຮັດໃຫ້ປະຊາຊົນ ຫຼື ພາກສ່ວນໃດໜຶ່ງເກີດຄວາມຢ້ານກົວ ການກໍານົດຮ້າຍປະກອບມີ ການກະທໍາໃດໜຶ່ງທີ່ກວດສອບ ຫຼື ຮັບຮູ້ໂດຍລັດຖະບານລາວວ່າ ເປັນເຫດການກໍານົດຮ້າຍ.

**ພະຍາດທີ່ເປັນມາກ່ອນ (ກ່ອນການຊື້ປະກັນໄພ)**

ພະຍາດທີ່ເປັນມາກ່ອນ ແມ່ນການປົນປົວທີ່ເກີດຂຶ້ນກ່ອນຜ່ານມາ ຫລື ສະພາບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຊຶ່ງມີອາການໜຶ່ງຫລືຫລາຍຢ່າງໄດ້ ສະແດງໃນບາງຈຸດໃນຊີວິດຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ ໂດຍບໍ່ໄດ້ຄໍານຶງເຖິງການປົນປົວໃດໜຶ່ງ ຫຼືສະພາບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ນໍາສະເໜີ ສັນຍານຫລືອາການຕ່າງໆທີ່ຜູ້ປະກັນຕົນໄດ້ຮູ້ຫຼືຄວນຈະໄດ້ຮັບຮູ້ຢ່າງສົມເຫດສົມຜົນຈະຖືວ່າເປັນສະພາບເດີມ. ສະພາບການທີ່ມີມາກ່ອນແມ່ນຈະຖືກປະກັນໄພທາງການແພດດັ່ງນັ້ນຜູ້ສະໝັກ ຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍໃຫ້ລະອຽດໃນເວລາສະ ໝັກ ຖ້າບໍ່ ດັ່ງນັ້ນການຄຸ້ມຄອງຈະຖືກປະກາດ.

**3. ສິດ ແລະ ພັນທະຂອງຜູ້ສະໝັກ**

**3.1) ຜູ້ສະໝັກຈະຕ້ອງ:**

- ✓ ມີອາຍຸ 20 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕໍ່າກວ່າ 60 ປີ
- ✓ ມີໜ້າ ແລະ ອາໄສຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ໃນເວລາຍື່ນຄໍາຮ້ອງ
- ✓ ຈັດສິ່ງໃບກວດສຸຂະພາບ ຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງບໍລິສັດສໍາລັບການລົງທະບຽນ. ຕ້ອງມີໃບກວດສຸ ຂະພາບ ພຽງແຕ່ຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນໃນເວລາຍື່ນຂໍປະກັນໄພ (ບໍ່ແມ່ນການຕໍ່ອາຍຸແຕ່ລະປີ)
- ✓ ຈັດສິ່ງສໍາເນົາໜັງສືຜ່ານແດນ ຫຼື ບັດປະຈໍາຕົວສະບັບກ້ອນປີ້
- ✓ ຕື່ມແບບພອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກດ້ວຍຄວາມສັດຊື່ ແລະ ແຈ້ງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫລື ການປົນປົວ ພະຍາດຂອງຕົນເອງ ເພື່ອໃຫ້ບໍລິສັດໄດ້ປະເມີນຄວາມສ່ຽງໃນການຮັບເອົາເຂົ້າເຮັດປະກັນໄພ.
- ✓ ມີສຸຂະພາບສົມບູນດີທາງຮ່າງກາຍແລະຈິດໃຈໃນເວລາຍື່ນຄໍາຮ້ອງ

**3.2) ຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂດັ່ງລຸ່ມນີ້ແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພນີ້**

- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ມີຄວາມບົກພ່ອງທາງດ້ານຈິດໃຈ ຫຼື ມັນສະໝອງ,

- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ຕິດເຊື້ອມະເຮງທີ່ຢູ່ໃນສະພາບພັດທະນາການ
- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ມີອາການຫົວໃຈລົ້ມເຫລວ, ຫົວໃຈວາຍເກີດຂຶ້ນກະທັນຫັນ, ໝາກໄຂ່ຫລັງຊຸດໂຊມ ຫລືພະຍາດຕັບ, ຫລື ສູນເສຍພະລັງງານຮ່າງກາຍຊຸດໂຊມ ໃນເວລາທີ່ສະເໝີເອົາການປະກັນໄພ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີມີການແຈ້ງແລະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກບໍລິສັດທີ່ອອກສັນຍາປະກັນໄພ.
- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ເປັນພະຍາດມາແຕ່ກຳເນີດ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີມີການແຈ້ງແລະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກບໍລິສັດທີ່ອອກສັນຍາປະກັນໄພ.
- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ມີອາການ ຫຼື ຖືກບົ່ງມະຕິວ່າມີເຊື້ອເອຈໄອວີ (HIV) ຫຼື ອາການຮ່ວມທີ່ເຮັດໃຫ້ພູມຄຸ້ມກັນ ບົກພ່ອງ (AIDS),
- ✓ ຜູ້ສະໝັກທີ່ມີອາຊີບທະຫານ, ສັງກັດກອງທັບ, ຕຳຫຼວດ, ອາສາສະໝັກ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນສົງຄາມ ຫຼື ການ ລົບລ້າງອາຊະຍາກຳ ແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບສັນຍາ ແລະ ເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພນີ້. ການຄຸ້ມກັນຈະສິ້ນສຸດລົງ ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ໃນວັນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໄດ້ມີການປ່ຽນແປງ ແລະ ມີອາຊີບໃໝ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ບໍລິສັດຮັບຊາບທັນທີ ໃນກໍລະນີທີ່ມີການປ່ຽນແປງອາຊີບໄປເປັນ ການປະກອບອາຊີບທີ່ບໍ່ມີສິດຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ຖ້າເກີດຂຶ້ນຢູ່ໃນໄລຍະເວລາທີ່ສັນຍາ ແລະ ເງື່ອນໄຂ ການຄຸ້ມກັນຍັງຜົນບັງຄັບຢູ່ ເພື່ອຍົກເລີກສັນຍາ ແລະ ດຳເນີນການທົດແທນຄ່າທຳນຽມຄືນ ອີງຕາມຈຳນວນວັນຍັງເຫຼືອທີ່ບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ຈາກການສິ້ນສຸດສັນຍາສັນຍາປະກັນໄພ ຖ້າມີ.

ໂດຍການລົງນາມໃນສັນຍາ, ຜູ້ສະໝັກເຫັນດີຕົກລົງຕາມເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພ ແລະ ການຊຳລະຄ່າທຳນຽມທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງ.

### 4. ການຄຸ້ມກັນ

ສັນຍາປະກັນໄພ ແມ່ນຄຸ້ມກັນເປັນລາຍປີ

ຜົນປະໂຫຍດຄຸ້ມກັນລວມມີ:

ກ. ວົງເງິນປະກັນຊີວິດ ຫລື ພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ ໂດຍອີງໃສ່ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍ ທັງກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ມີສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫລື ບໍ່ແມ່ນອຸປະຕິເຫດ.

- ກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ບໍ່ແມ່ນສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍແມ່ນທຽບເທົ່າກັນກັບວົງເງິນຄ່າປະກັນການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດ.
- ກໍລະນີເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ມີສາເຫດຈາກອຸປະຕິເຫດ ສິນທິດແທນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍແມ່ນຈ່າຍສອງເທົ່າກັນກັບວົງເງິນຄ່າປະກັນການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດ.

ວົງເງິນຄ່າປະກັນການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດແມ່ນຕໍ່ຄົນ ແຕ່ບໍ່ແມ່ນຕໍ່ສັນຍາ ສູງສຸດ 500ລ້ານກີບ, ໝາຍຄວາມວ່າ ວົງເງິນຄຸ້ມກັນສູງສຸດແມ່ນ 1ຕື້ກີບຕໍ່ຄົນ ສຳລັບການເສຍຊີວິດຫລືພິການຖາວອນທັງໝົດຈາກອຸປະຕິເຫດ.

ຂ. ເງິນອຸດໜຸນລາຍປີແມ່ນຈະກຳນົດຈ່າຍເປັນປີຕໍ່ປີໃຫ້ແກ່ຜູ້ໄດ້ຜົນປະໂຫຍດ ຈົນຄົບອາຍຸ60ຂອງຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ ຖ້າຜູ້ປະກັນຕົນເສຍຊີວິດຕອນອາຍຸເກີນ59ປີ ຈະບໍ່ມີການຈ່າຍເງິນອຸດໜຸນລາຍປີ.

ຕົວຢ່າງ:

ຕົວຢ່າງ:

ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ ເອົາປະກັນຊີວິດໃນວົງເງິນ 100 ລ້ານກີບ ແລະ ເລືອກເອົາເງິນອຸດໜຸນ10%, ຜູ້ກ່ຽວເສຍຊີວິດໃນອາຍຸ 40ປີ, ຈານວນເງິນອຸດໜຸນທີ່ຈະໄດ້ຮັບແມ່ນ 20ຄັ້ງ (ອາຍຸ 40ປີ ຮອດ 60ປີ)

ຜົນປະໂຫຍດ	ສາເຫດ ຈາກ	ວົງເງິນຄຸ້ມ ກັນ	ເງິນອຸດໜຸນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບ ປະກັນ ໄພຈົນຄົບອາຍຸ60ປີ	ວົງເງິນທັງໝົດ
ເສຍຊີວິດ	ພະຍາດ	100 ລ້ານ	20(A)*10%*100ລ້ານ=200ລ້ານ	300ລ້ານ
	ອຸປະຕິເຫດ	200 ລ້ານ	20(A)*10%*100ລ້ານ=200ລ້ານ	400ລ້ານ
ພິການຖາວອນທັງໝົດ	ພະຍາດ	100 ລ້ານ	20(A)*10%*100ລ້ານ=200ລ້ານ	300ລ້ານ
	ອຸປະຕິເຫດ	200 ລ້ານ	20(A)*10%*100ລ້ານ=200ລ້ານ	400ລ້ານ

- ເງິນອຸດໜຸນສາມາດຈ່າຍຮວມກັນທັງໝົດເປັນກ້ອນດຽວ ໃນກໍລະນີຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດພໍໃຈເລືອກເອົາ ຫລື ແລ້ວແຕ່ຄວາມສະດວກຂອງຜູ້ກ່ຽວ.

ສຸດຄິດໄລ່ເງິນອຸດໜຸນຮວມກັນທັງໝົດເປັນກ້ອນດຽວ(ULA)ມີດັ່ງລຸ່ມນີ້:

$$ULA = C_m * (\text{ຄຸນ}) \text{ ເງິນອຸດໜຸນຈາກສັນຍາ}$$

$C_m$  ແມ່ນຕົວເລກຕົວຈິງທີ່ມີຄ່າຄົງທີ່ຄຸນໃຫ້ຈໍານວນເງິນອຸດໜຸນ ໂດຍອີງຕາມ ຕາຕະລາງທີ2(Table 2).

ສຸດຄິດໄລ່ນີ້ແມ່ນໄດ້ສອດຄ້ອງກັນລະຫວ່າງ ພັນທະບັດຂອງລັດຖະບານ ໃນຖັນແຖວເບື້ອງເທິງຕາຕະລາງ ແລະ ຈໍານວນໄລຍະເງິນອຸດໜຸນທີ່ລະບຸໄວ້ທາງໜ້າໃນຖັນແຖວທາງຕັ້ງ.

ຈໍານວນເງິນອຸດໜຸນແມ່ນຈໍານວນຕົວເລກຂອງປີ ນັບແຕ່ປີເສຍຊີວິດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຈົນຄົບຮອດອາຍຸ60ປີ ໃນວັນສຸດທ້າຍວັນຄ້າຍວັນເກີດຂອງຜູ້ເສຍຊີວິດ.

ວັນທີ່ຄິດໄລ່ເງິນອຸດໜຸນແມ່ນອີງຕາມວັນທີ່ເສຍຊີວິດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ແລະ ຈະຈ່າຍສິນທິດທົນພາຍໃນ 30 ວັນ.

ພັນທະບັດລັດຖະບານ ແມ່ນອີງໃສ່ ພັນທະບັດຂອງລັດຖະບານທີ່ເປັນທາງການ ຂອງ3ປີ ໃນໄລຍະປີເສຍຊີວິດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ.

ຕົວຢ່າງ2:

ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ ເອົາປະກັນຊີວິດໃນວົງເງິນ 100 ລ້ານກີບ ແລະ ເລືອກເອົາເງິນອຸດໜຸນ10%, ຜູ້ກ່ຽວເສຍຊີວິດໃນອາຍຸ 40ປີ ໃນປີ 2019, ຈານວນເງິນອຸດໜຸນທີ່ຈະໄດ້ຮັບແມ່ນ 20ຄັ້ງ (ອາຍຸ 40ປີ ຮອດ 60ປີ)

ການຄາດຄະເນພັນທະບັດຂອງລັດຖະບານຂອງປີ2019 ສໍາລັບ 3ປີແມ່ນ6.18%ຕາມຕາຕະລາງທີ2(Table 2).

ໂດຍອີງໃສ່ພັນທະບັດລັດຖະບານແມ່ນ ທຽບເທົ່າ 6% (6.18% ທຽບເທົ່າ 6%)

ຈໍານວນຕົວເລກຕົວຈິງທີ່ມີຄ່າຄົງສໍາລັບ ພັນທະບັດລັດຖະບານ ແມ່ນທຽບເທົ່າ6% ແລະ ຈໍານວນເງິນອຸດໜຸນແມ່ນ 20ຄັ້ງ ໂດຍແມ່ນຕົວເລກ 11.4699 ຫລືທຽບເທົ່າ 11.50.

ອຸດໜຸນຮວມກັນທັງໝົດເປັນກ້ອນດຽວ(ULA)ແມ່ນເທົ່າກັບ 100ລ້ານ ຄຸນ 10%, ຄຸນ 11.4699 ຫລື 11.50

ຜົນປະໂຫຍດ	ສາເຫດ ຈາກ	ວົງເງິນຄຸ້ມ ກັນ	ເງິນອຸດໜູນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບ ປະກັນ ໄພຈົນຄົບອາຍຸ60ປີ	ວົງເງິນທັງໝົດ
ເສຍຊີວິດ	ພະຍາດ	100 ລ້ານ	$100ລ້ານ * 10% * 11.50 = 115ລ້ານ$	215ລ້ານ
	ອຸປະຕິເຫດ	200 ລ້ານ	$100ລ້ານ * 10% * 11.50 = 115ລ້ານ$	315ລ້ານ
ພິການຖາວອນທັງໝົດ	ພະຍາດ	100 ລ້ານ	$100ລ້ານ * 10% * 11.50 = 115ລ້ານ$	215ລ້ານ
	ອຸປະຕິເຫດ	200 ລ້ານ	$100ລ້ານ * 10% * 11.50 = 115ລ້ານ$	315ລ້ານ

ການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນສາມາດຮຽກຮ້ອງໄດ້ພຽງແຕ່ເຫດການໜຶ່ງເທົ່ານັ້ນ, ສໍາລັບການເສຍຊີວິດ ຫຼື ການພິການຖາວອນທັງໝົດ. ຄວາມເສຍຫາຍທີ່ເກີດຂຶ້ນພາຍຫຼັງໄດ້ຊໍາລະຄ່າພິການຖາວອນທັງໝົດໄປແລ້ວ ສັນຍາປະກັນໄພນີ້ຈະຖືກຍົກເລີກອັດຕະໂນມັດ ແລະ ຈະບໍ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຊໍາລະຜົນປະໂຫຍດການເສຍຊີວິດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ.

ທຸກຂັ້ນຕອນການຈ່າຍສິນທິດແທນແມ່ນສິ້ນສຸດລົງຢ່າງສົມບູນ.

ຕາມຕາຕະລາງທີ1

ສັນຍາເລີ່ມມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນເວລາທີ່ມີການຊໍາລະຄ່າທໍານຽມໄປແລ້ວ ແລະ ສິ້ນສຸດລົງຢ່າງສົມບູນໃນວັນທີ່ກໍານົດ ໄວ້ໃນເງື່ອນໄຂສະເພາະ. ການຊໍາລະເງິນແມ່ນຈ່າຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເທົ່ານັ້ນ.

ການຄຸ້ມກັນມີຜົນນໍາໃຊ້ຖ້າມີການຊໍາລະຄ່າທໍານຽມ. ບໍລິສັດປະກັນໄພຈະບໍ່ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າສິນທິດແທນໃດໜຶ່ງກ່ອນໄດ້ມີການຊໍາລະຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະມີເຫດຜົນທີ່ບໍ່ຈ່າຍ ຫລື ຈ່າຍຊ້າ ຫລື ຂາດການຕໍ່ສັນຍາ.

### ໄລຍະຍົກເວັ້ນ:

ການເສຍຊີວິດຈາກ ມະເຮັງ ແລະ ການບວມຂອງເນື້ອງອກ, ໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມ ຫລື ພະຍາດຕັບ ແລະ ພະຍາດລະບາດທີ່ແຜ່ລາມເກີດຂຶ້ນ ໃນໄລຍະເວລາ 3 ເດືອນທໍາອິດຂອງສັນຍາ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນຈາກການປະກັນໄພນີ້.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມທີ່ເກີດຈາກອຸປະຕິເຫດ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂ ແລະ ສັນຍາປະກັນໄພ ໂດຍບໍ່ໄດ້ຕົກຢູ່ໃນໄລຍະຍົກເວັ້ນ.

ໃບລາຍງານການປິ່ນປົວ ແມ່ນຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນທາງການແພດ ໂດຍແມ່ນແພດຊ່ຽວຊານ ເພື່ອອ້າງອີງການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ.

ການເສຍຊີວິດ ແລະ ການພິການຖາວອນທັງໝົດ ຈາກອຸປະຕິເຫດ ບໍ່ໄດ້ຕົກຢູ່ໃນໄລຍະຍົກເວັ້ນ.

ສໍາລັບຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພທີ່ບໍ່ຕໍ່ສັນຍາ ຫລື ບໍ່ຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ ເກີນໄລຍະ6ເດືອນຫຼັງຈາກວັນທີ່ສັນຍາປະກັນໄພຄັ້ງກ່ອນ ຈະຖືວ່າແມ່ນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໃໝ່ ໃນກໍລະນີຈະສືບຕໍ່ປະກັນໄພ ແລະ ຕ້ອງໄດ້ປະກອບ ເອກະສານຕ່າງໆໃໝ່ ເຊັ່ນ: ໃບສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ໃບກວດສຸກຂະພາບ ແລະ ຈະຕົກຢູ່ໄລຍະຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

ໃບລາຍງານການປິ່ນປົວ ແມ່ນຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນທາງການແພດ ໂດຍແມ່ນແພດຊ່ຽວຊານ ຢ່າງເປັນທາງການ ເພື່ອອ້າງອີງການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນ ແລະ ຕ້ອງຜ່ານການກວດສອບໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການແພດ ທີ່ທາງບໍລິສັດໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງ

## 5. ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ກໍລະນີຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເສຍຊີວິດ, ສິນທິດແທນປະກັນໄພ ຈະໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາໃນເວລາຍື່ນຂໍສະໝັກປະກັນໄພ.

ກໍລະນີທີ່ບໍ່ໄດ້“ລະບຸຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ” ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະແມ່ນພັນລະຍາ/ສາມິຄົນປັດຈຸບັນທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ.

ກໍລະນີບໍ່ມີພັນລະຍາ / ສາມິ, ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະແມ່ນລູກ

ກໍລະນີບໍ່ມີລູກ, ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະແມ່ນພໍ່ແມ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ

ກໍລະນີບໍ່ມີພໍ່ແມ່, ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະແມ່ນຜູ້ສືບສະກຸນຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ

## 6. ການຊໍາລະຄ່າທໍານຽມ ແລະ ການປັບປ່ຽນ

ສັນຍານີ້ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນເວລາທີ່ມີການຊໍາລະເງິນຄ່າທໍານຽມ ແລະ ການເຊັນສັນຍາເທົ່ານັ້ນ ແລະ ສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ່ກໍານົດໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ.

ຄ່າທໍານຽມຕ້ອງໄດ້ຊໍາລະທັງໝົດໃນໄລຍະການຄຸ້ມກັນ

ໃບສະເໜີລາຄາບໍ່ແມ່ນສັນຍາຄຸ້ມກັນ

ບໍ່ມີການສົ່ງຄ່າທໍານຽມຄືນ.

ບໍ່ມີການດໍາເນີນການຈ່າຍສິນທິດແທນ ຖ້າວ່າຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພຍັງບໍ່ໄດ້ຊໍາລະການຄຸ້ມກັນແມ່ນເລີ້ມແຕ່ເວລາຄ່າທໍານຽມໄດ້ຊໍາລະໄປແລ້ວ.

## 7. ການຊໍາລະວົງເງິນປະກັນໄພໂດຍຜູ້ປະກັນໄພ

ໂດຍການຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນທິດແທນ, ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ, ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຕົວແທນຂອງບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ ແລ້ວແຕ່ກໍລະນີ, ຈະຕ້ອງ ສະໜອງຫຼັກຖານທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດຕາມລາຍຈ່າຍຕົວຈິງໃຫ້ແກ່ບໍລິສັດ.

ໃນກໍລະນີທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພມີຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ ຫຼື ເສຍຊີວິດ; ຈະຕ້ອງປະກອບເອກະສານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ແລະ ຍື່ນໃຫ້ ບປລ ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ ຫຼື ເສຍຊີວິດ:

1. ສັນຍາປະກັນໄພ (ກໍລະນີເສຍຊີວິດ ແລະ ການພິການຖາວອນທັງໝົດ)
2. ສໍາເນົາໃບຢັ້ງຢືນການເສຍຊີວິດອອກໃຫ້ໂດຍອໍານາດການປົກຄອງ (ກໍລະນີເສຍຊີວິດ)
3. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບຈາກທ່ານໝໍທີ່ຢັ້ງຢືນລັກສະນະຂອງການເສຍຊີວິດ ແລະ ບົດລາຍາຍງານການເສຍຊີວິດ ຖ້າມີ (ກໍລະນີເສຍຊີວິດ)
4. ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບຈາກຄະນະການແພດ ແລະ ຊ່ຽວຊານທາງການແພດ ບົ່ງມະຕິລາຍລະອຽດຂອງຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ (ສໍາລັບຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ)
5. ສໍາເນົາໜັງສືເດີນທາງ ຫລື ບັດປະຊາຊົນ ຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ(ພິການຖາວອນທັງໝົດ ຫຼື ເສຍຊີວິດ)
6. ສໍາເນົາໜັງສືເດີນທາງ ຫລື ບັດປະຊາຊົນ ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ
7. ເອກະສານອື່ນໆທີ່ຈໍາເປັນທີ່ທາງບໍລິສັດຕ້ອງການ

ສໍາລັບການຈ່າຍສິນທິດແທນການເສຍຊີວິດ, ບປລ ຈະຊໍາລະວົງເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຕາມກໍານົດພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ສົ່ງເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນ ທັງໝົດມາເປັນຫຼັກຖານ.

ສໍາລັບການຈ່າຍສິນທິດແທນການພິການຖາວອນທັງໝົດ, ບປລ ຈະຊໍາລະວົງເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຕາມກຳນົດພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ສຸດທ້າຍຂອງການຕີລາຄາໄລຍະເວລາພິການຖາວອນທັງໝົດ ແລະສິ່ງເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນ ທັງໝົດມາເປັນຫຼັກຖານ.

## 8. ສິດໃນການກວດສອບ

ບໍລິສັດມີສິດທີ່ຈະກວດສອບທາງການແພດຕໍ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນ ທີ່ຮຽກຮ້ອງຜົນປະໂຫຍດຈາກຄວາມພິການຖາວອນ ທັງໝົດພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂປະກັນໄພນີ້. ຈະຕ້ອງໄດ້ປະເມີນຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດ ແລະ ອະນຸມັດໂດຍທ່ານໝໍທີ່ ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຈາກບໍລິສັດກ່ອນການຊໍາລະເງິນ.

ໃນກໍລະນີເສຍຊີວິດ, ບໍລິສັດມີສິດທີ່ຈະດຳເນີນການຊັນນະສຸດພາຍໃນຂອບເຂດຂອງກົດໝາຍ.

## 9. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ

ການປະກັນໄພນີ້ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມກັນການສູນເສຍທີ່ເກີດຈາກ/ ຫຼື ເປັນຜົນມາຈາກສາເຫດ ຕໍ່ໄປນີ້:

1. ການຂ້າຕົວຕາຍ ຫຼື ພະຍາຍາມຂ້າຕົວຕາຍ ຫຼື ການທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍຕົວເອງ.
2. ການກໍ່ການຮ້າຍ, ມີການລະເບີດຂອງອາວຸດທີ່ຍັງບໍ່ທັນແຕກ (UXO), ເຮັດວຽກຢູ່ໃນອຸໂມງ, ໃຕ້ດິນ / ໃຕ້ນໍ້າ ແລະ ນໍາໃຊ້ວັດຖຸລະເບີດ
3. ການປະກັນໄພຈາກອາຊະຍາກໍາ
4. ຂະນະທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເຂົ້າຮ່ວມໃນການກະທໍາຜິດກົດໝາຍ ຫຼື ອາຊະຍາກໍາລວມທັງ ການກໍ່ວິນາດສະ ກໍາ ແລະ ການກໍ່ການຮ້າຍ
5. ຂະນະທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເຂົ້າຮ່ວມການອາລະວາດຕິບຕິ ຫຼື ມີສ່ວນຊຸກຍູ້ໃຫ້ເກີດການອາລະວາດ
6. ຂະນະທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພປະຕິບັດໜ້າທີ່ເປັນທະຫານ, ຕໍາຫຼວດ ຫຼື ອາສາສະໝັກ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນການ ລົບລ້າງສົງຄາມ ຫຼື ອາຊະຍາກໍາ.
7. ສົງຄາມ (ບໍ່ວ່າຈະໄດ້ມີການປະກາດສົງຄາມ ຫຼື ບໍ່ກໍ່ຕາມ), ການຮຸກຮານ, ການທໍາລາຍຂອງສັດຕູຕ່າງຊາດ, ສົງ ຄາມກາງເມືອງ, ການກະບົດ, ການນັດຢຸດງານ.
8. ການແຜ່ລັງສີ ຫຼື ການແຜ່ກໍາມັນຕະພາບລັງສີຈາກນິວເຄຼຍ ແລະ ຈາກການແຕກຕົວທາງນິວເຄຼຍ ເຊິ່ງດໍາເນີນຕິດຕໍ່ ໄປດ້ວຍຕົນເອງ. ການລະເບີດຂອງກໍາມັນຕະພາບລັງສີ ຫຼື ສ່ວນປະກອບຂອງນິວເຄຼຍ ຫຼື ວັດຖຸອັນຕະລາຍໃດໜຶ່ງ ທີ່ອາດຈະເກີດການລະເບີດໃນຂະບວນການນິວເຄຼຍໄດ້.
9. ການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນການເສຍຊີວິດ ໃນຂະນະທີ່ມີເຊື້ອ HIV ເປັນຜົນມາໂດຍກົງ ຫຼື ທາງອ້ອມຈາກການຮ່ວມເພດທີ່ເຮັດໃຫ້ພູມຄຸ້ມກັນບົກຟ່ອງ (AIDS), ການມືນເມົາ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດ
10. ການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນການເສຍຊີວິດໃນກໍລະນີເກີດອຸປະຕິເຫດໃນການສັນຈອນຕາມທ້ອງຖະໜົນ ໂດຍແມ່ນຜູ້ຂັບຂີ່ຍານພາຫະນະ ໃນກໍລະນີມີການກວດເລືອດ ຖ້າມີລະດັບແອງໂກຣໍຕັ້ງແຕ່ 50mg/dl ຂຶ້ນໄປ.
11. ການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນການເສຍຊີວິດສໍາລັບພະຍາດທີ່ເປັນມາແຕ່ກໍາເນີດ ຍົກເວັ້ນໄດ້ມີຂໍ້ຕົກລົງ ແລະ ເຫັນດີໃຫ້ການຄຸ້ມກັນໃນເວລາຍື່ນຂໍສະໝັກປະກັນໄພ
12. ການຮຽກຮ້ອງສິນທິດແທນການເສຍຊີວິດສໍາລັບພະຍາດທີ່ເປັນມາກ່ອນ ຍົກເວັ້ນໄດ້ມີຂໍ້ຕົກລົງ ແລະ ເຫັນດີໃຫ້ ການຄຸ້ມກັນໃນເວລາຍື່ນຂໍສະໝັກປະກັນໄພ ເຊັ່ນ: ມະເຮັງ ແລະ ການບວມຂອງເນື້ອງອກ, ໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມ ຫລື ພະຍາດຕັບ ແລະ ພະຍາດຫົວໃຈວາຍ.

13. ຂະນະທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພກຳລັງຂຶ້ນ ຫຼື ລົງ ຫຼື ໂດຍສານຢູ່ໃນອາກາດສະຍານທີ່ບໍ່ໄດ້ຈົດທະບຽນເພື່ອບັນທຸກ ຜູ້ໂດຍສານ ແລະ ບໍ່ໄດ້ດຳເນີນການໂດຍສາຍການບິນຂອງລັດ.
14. ການເຂົ້າຮ່ວມໃນກິລາລະດັບມືອາຊີບ, ການແຂ່ງຂັນຊິງຊະນະເລີດ ແລະ ການແຂ່ງຂັນກິລາ
15. ການສູນເສຍທີ່ເກີດຂຶ້ນຢູ່ນອກ ສປປ ລາວ ເຊິ່ງເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 90ວັນຕິດຕໍ່ກັນໃນເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພາຢີ
16. ມາດຕະການດ້ານເສດຖະກິດທີ່ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ຜູ້ປະກັນໄພ ຫຼື ສະມາຊິກຂອງກຸ່ມ ອາລິອັນສ໌ ສະໜອງການຄຸ້ມກັນພາຍ ເງື່ອນໄຂ ການປະກັນໄພນີ້
17. ຄວາມພິການຖາວອນທັງໝົດທີ່ມາຈາກການຮຽກຮ້ອງແບບນາມະທຳ ເຊິ່ງບໍ່ສາມາດກວດພົບໄດ້ໂດຍຮູບພາບ ລັງສີ, ຜົນ ກວດວິເຄາະຈາກຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ທາງດ້ານຈຸລິນຊີວິທະຍາ. ການພິການຖາວອນທັງໝົດ (TPD) ແມ່ນບໍ່ໄດ້ມາຈາກ ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງດ້ານຈິດໃຈ ແລະ ມັນສະໜອງ
18. ການຄຸ້ມກັນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຈະສິ້ນສຸດລົງໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເມື່ອຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນມີອາຍຸຮອດ 60ປີ.

### 10. ການສູນຫາຍໄປ ແລະ ອື່ນໆ

ໃນກໍລະນີທີ່ “ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພສູນຫາຍໄປ”, ຜູ້ປະກັນໄພຈະຊຳລະຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໄດ້ ຮັບຜົນ ປະໂຫຍດ ຖ້າວ່າສັນຍາ ແລະ ເງື່ອນໄຂປະກັນໄພດັ່ງກ່າວມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ໃນວັນທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພອາດຖື ວ່າເສຍຊີວິດ, ເຊິ່ງ ຖືກຕັດສິນເປັນທາງການຈາກສານ.

### 11. ເອກະສານການສະແດງຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ຮູ້ຈັກ ແລະ ຂໍ້ເທັດຈິງທັງໝົດ ທີ່ອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມ ສ່ຽງເພີ່ມ ຂຶ້ນຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ມີການປະເມີນຄວາມສ່ຽງໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງ ຜູ້ປະກັນ ໄພຈະຮັບຜິດຊອບ ໃນເວລາດຳເນີນສັນຍາປະກັນໄພ.

ບໍລິສັດມີສິດໃນການຍົກເລີກເງື່ອນໄຂ, ສັນຍາ ແລະ ການຄຸ້ມກັນການປະກັນໄພໃນກໍລະນີມີການຄິດໂກງ, ເອກະສານ ການສະແດງ ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ເງື່ອນໄຂທາງການແພດບໍ່ຊັດເຈນໃນເວລາຍື່ນຄຳຮ້ອງ ຫຼື ຂະບວນການຮຽກຮ້ອງ.

### 12. ຂອບເຂດອຳນາດສານ

ເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພ ນີ້ຢູ່ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການຂອງ ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ

### 13. ແຈ້ງການຂໍ້ມູນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ບໍລິສັດດຳເນີນການ ແລະ ປະມວນຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກະກຽມໃບສະເໜີລາຄາ, ອອກສັນຍາປະກັນ ໄພ, ເກັບ ຄ່າທຳນຽມ, ຊຳລະການຮຽກຮ້ອງ ແລະ ສຳລັບຈຸດປະສົງອື່ນໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການຈັດຕັ້ງເງື່ອນໄຂ ການປະກັນໄພຕາມ ສັນຍາປະກັນໄພ. ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຖືເປັນຄວາມລັບສຸດຍອດຂອງບໍລິສັດ. ຜູ້ໄດ້ຮັບ ການປະກັນໄພມີສິດທີ່ຈະເຂົ້າ ເຖິງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວກັບພວກເຂົາ. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຍັງມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍ ໃຫ້ບໍລິສັດແກ້ໄຂ ຫຼື ລົບຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ ຜູ້ ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເຊື່ອວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ເກົ່າແລ້ວ. ບໍລິສັດຈະບໍ່ຮັກສາ ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໄວ້ດົນເກີນຄວາມຈຳ ເປັນ ນອກເໜືອຈາກຈຸດປະສົງທີ່ມີ.

ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ ໃຫ້ກັບພາກສ່ວນອື່ນທີ່ການດໍາເນີນທຸລະກິດຮ່ວມກັບພວກເຮົາ ຕາມຈຸດປະສົງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນວັກເທິງນີ້ ຫຼື ເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາສາມາດມອບຜະລິດຕະພັນ ແລະ ການບໍລິການຂອງພວກເຂົາ ໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ພາກສ່ວນເຫຼົ່ານີ້ອາດປະກອບມີ ຜູ້ປະກັນໄພ, ຜູ້ສື່ກາງ, ຜູ້ປະກັນໄພຕໍ່, ສະມາຄົມປະກັນໄພ, ບໍລິສັດທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງ, ທີ່ປຶກສາຂອງພວກເຮົາ, ບຸກຄົນທີ່ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງໃນການຮຽກຮ້ອງ, ຜູ້ເກັບກໍາຂໍ້ມູນການຮຽກຮ້ອງພາຍ ນອກ ແລະ ຜູ້ກວດສອບ, ພາກສ່ວນຕ່າງໆທີ່ພວກເຮົາມີແຜນປະກັນໃນບ່ອນທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ປະກັນໄພ (ເຊັ່ນ: ຜູ້ໃຫ້ຍົມເງິນ ຫຼື ຜູ້ຜະລິດລິດຍິນ ແລະ/ຫຼື ຕົວແທນຈໍາໜ່າຍ). ຍັງອາດຈະມີການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຕໍ່ລັດຖະບານ, ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ, ການແກ້ໄຂຂໍ້ຂັດແຍ່ງ, ອົງການດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ອົງການປົກຄອງ ຫຼື ຕາມກົດໝາຍກໍານົດ

ພວກເຮົາອາດຈະບັນທຶກສາຍໂທເຂົ້າ ແລະ/ຫຼື ໂທອອກ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຝຶກອົບຮົມ ຫຼື ການກວດສອບ. ໃນກໍລະນີ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບັນທຶກການໂທ, ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງສໍານຶກໃຫ້ທ່ານຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ເມື່ອເໝາະສົມ.

ໂດຍການສະໜອງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ, ທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນທີ່ທ່ານສະໜອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈໃຫ້ນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ ຈົນກວ່າທ່ານຈະກ່າວໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ຍົກເລີກຄວາມສະໝັກໃຈຂອງທ່ານ, ລວມທັງສິ່ງຕ່າງໆເຊັ່ນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບຜະລິດຕະພັນ ແລະ ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ມີການພົວພັນກັບພວກເຮົາ ມອບໃຫ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ.

## 14. ອື່ນໆ

ລາຍລະອຽດຂອງການຄຸ້ມກັນທີ່ເປັນທາງເລືອກອື່ນໆທີ່ຮ້ອງຂໍ ແລະ ເຫັນດີຕົກລົງໂດຍ ຜູ້ສະໝັກທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນນະ ໂຍບາຍແມ່ບົດໃນປັດຈຸບັນ ຈະຖືກຄັດຕິດເປັນເງື່ອນໄຂເພີ່ມເຕີມສໍາລັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ. ຜູ້ສະໝັກຕ້ອງອ່ານຢ່າງລະ ອຽດ ແລະ ໃຫ້ເຂົ້າໃຈກ່ອນລົງນາມ ແລະ ຈ່າຍຄ່າທໍານຽມ.

ຕາຕະລາງທີ 1: ຕົວຢ່າງຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄ່າທຳນຽມ

All benefit limits including specific benefit limits are subject to the Annual Plan Limit.

All limits are per Insured, per period of cover, unless otherwise stated.

Plan Name	AGL Protection 1	AGL Protection 2
Plan Type	Term Life +TPD+Dbt per Accident+ Annuities up to 60 Years	Term Life +TPD+Dbt per Accident+ Annuities up to 60 Years
Annual Plan Limit	Kips 50,000,000 to Kips 500,000,000	Kips 50,000,000 to Kips 500,000,000
Area of Cover	Worldwide	Worldwide
Deductible	None	None
Annuities up to 60 Years of the Insured	10% of Capital Insured	20% of Capital Insured
<b>ESSENTIAL BENEFITS</b>		
Term Life Capital	Fully Covered	Fully Covered
Total Permanent Disability Capital	Fully Covered	Fully Covered
Doublement of Capital in case of accident	Fully Covered	Fully Covered
Annuities up to the 60 Years of the Insured	Fully Covered	Fully Covered
<b>Example of covers</b>		
Term Life Capital	100,000,000 Kips	100,000,000 Kips
Total Permanent Disability Capital	100,000,000 Kips	100,000,000 Kips
Death or Total Permanent Disability by Accident	200,000,000 Kips	200,000,000 Kips
Annuities up to the 60 Years of the Insured	10,000,000 Kips	20,000,000 Kips
<b>Premiums</b>		
Net Premium	2,000,000 Kips	3,000,000 Kips
VAT	Exempted	Exempted
Registration Fees	10,000 Kips	10,000 Kips
Total Premium	2,010,000 Kips	3,010,000 Kips

**Notes:**

The tariff is based on the Thai Mortality Table rates used by Allianz Thailand including the net rates for Term Life + 50% for loadings and 40% for margin of error

Benefit limits : This product has a maximum Limit per Capital cover per Insured of 500 Million Kips ; 1 Billion Kips in case of Accident and 20 million Kips per year for annuities.

These limits are set per Insured and not by contract

ຕາຕະລາງທີ 2: ສຸດຄິດໄລ່ເງິນອຸດໜູນຮວມກັນທັງໝົດເປັນກ້ອນດຽວ(ULA)

Number of Period	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%
1	0.9901	0.9804	0.9709	0.9615	0.9524	0.9434	0.9346	0.9259	0.9174
2	1.9704	1.9416	1.9135	1.8861	1.8594	1.8334	1.8080	1.7833	1.7591
3	2.9410	2.8839	2.8286	2.7751	2.7232	2.6730	2.6243	2.5771	2.5313
4	3.9020	3.8077	3.7171	3.6299	3.5460	3.4651	3.3872	3.3121	3.2397
5	4.8534	4.7135	4.5797	4.4518	4.3295	4.2124	4.1002	3.9927	3.8897
6	5.7955	5.6014	5.4172	5.2421	5.0757	4.9173	4.7665	4.6229	4.4859
7	6.7282	6.4720	6.2303	6.0021	5.7864	5.5824	5.3893	5.2064	5.0330
8	7.6517	7.3255	7.0197	6.7327	6.4632	6.2098	5.9713	5.7466	5.5348
9	8.5660	8.1622	7.7861	7.4353	7.1078	6.8017	6.5152	6.2469	5.9952
10	9.4713	8.9826	8.5302	8.1109	7.7217	7.3601	7.0236	6.7101	6.4177
11	10.3676	9.7868	9.2526	8.7605	8.3064	7.8869	7.4987	7.1390	6.8052
12	11.2551	10.5753	9.9540	9.3851	8.8633	8.3838	7.9427	7.5361	7.1607
13	12.1337	11.3484	10.6350	9.9856	9.3936	8.8527	8.3577	7.9038	7.4869
14	13.0037	12.1062	11.2961	10.5631	9.8986	9.2950	8.7455	8.2442	7.7862
15	13.8651	12.8493	11.9379	11.1184	10.3797	9.7122	9.1079	8.5595	8.0607
16	14.7179	13.5777	12.5611	11.6523	10.8378	10.1059	9.4466	8.8514	8.3126
17	15.5623	14.2919	13.1661	12.1657	11.2741	10.4773	9.7632	9.1216	8.5433
18	16.3983	14.9920	13.7535	12.6593	11.6896	10.8276	10.0591	9.3719	8.7556
19	17.2260	15.6785	14.3238	13.1339	12.0853	11.1581	10.3356	9.6036	8.9501
20	18.0456	16.3514	14.8775	13.5903	12.4622	11.4699	10.5940	9.8181	9.1285
21	18.8570	17.0112	15.4150	14.0292	12.8212	11.7641	10.8355	10.0168	9.2922
22	19.6604	17.6580	15.9369	14.4511	13.1630	12.0416	11.0612	10.2007	9.4424
23	20.4558	18.2922	16.4436	14.8568	13.4886	12.3034	11.2722	10.3711	9.5802
24	21.2434	18.9139	16.9355	15.2470	13.7986	12.5504	11.4693	10.5288	9.7066
25	22.0232	19.5235	17.4131	15.6221	14.0939	12.7834	11.6536	10.6748	9.8226
26	22.7952	20.1210	17.8768	15.9828	14.3752	13.0032	11.8258	10.8100	9.9290
27	23.5596	20.7069	18.3270	16.3296	14.6430	13.2105	11.9867	10.9352	10.0266
28	24.3164	21.2813	18.7641	16.6631	14.8981	13.4062	12.1371	11.0511	10.1161
29	25.0658	21.8444	19.1855	16.9837	15.1411	13.5907	12.2777	11.1584	10.1983
30	25.8077	22.3965	19.6004	17.2920	15.3725	13.7648	12.4090	11.2578	10.2737
35	29.4086	24.9986	21.4872	18.6646	16.3742	14.4982	12.9477	11.6546	10.5688
40	32.8347	27.3555	23.1148	19.7928	17.1591	15.0463	13.3317	11.9246	10.7574
45	36.0945	29.4902	24.5187	20.7200	17.7741	15.4558	13.6055	12.1084	10.8812
50	39.1961	31.4236	25.7298	21.4822	18.2559	15.7619	13.8007	12.2335	10.9617
55	42.1472	33.1748	26.7744	22.1086	18.6335	15.9905	13.9399	12.3186	11.0140



ຕາຕະລາງທີ 3: ໃບສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ

ໃບສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ APPLICATION FORM  
ປະກັນຊີວິດອຸ່ນໃຈຫາຍຫ່ວງ Life Protection Plan

ຜູ້ເຊັນເອົາການປະກັນໄພ / Subscriber.....

ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ / Occupation.....

ວັນເດືອນປີເກີດ / Date of birth (dd-mmm-yyyy) ..... ສັນຊາດNationality .....

ທີ່ຢູ່ /Address (P.O.Box:).....ໂທ /Tel..... ແຟັກ / Fax: .....

ອີເມລ / E-mail : .....

---

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ / Details of Applicant:

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ / Name and Surname .....

ວັນເດືອນປີເກີດ / Date of birth (dd-mmm-yyyy) ..... ສັນຊາດNationality .....

ອາຊີບ / Occupation .....

ບັດປະຈຳຕົວເລກທີ / I.D. Card / Passport N°..... ອອກເມື່ອວັນທີ / Date of issue.....ທີ່/ at.....

ສະພາບສົມລົດ / Marital Status:  ແຕ່ງງານ / Married,  ໂສດ / Single,  ໝ້າຍ / Widow,  ຮ້າງ / Divorced.

ລາຍຮັບປະຈຳປີ/ Annual Income:  ≤50,000,000 /  ≤100,000,000 /  ≤200,000,000 /  >200,000,000

ທີ່ຢູ່ / Address. ບ້ານ/ Village..... ເມືອງ/District .....

ແຂວງ / Province .....ໂທ / Tel: .....ອີເມວ / Email: .....

---

ວົງເງິນຄຸ້ມກັນ / Sum Insured: ສະກຸນເງິນ Currency:  ກີບ / Kip,  ໂດລາ / Us Dollar (\$)

- ເສຍຊີວິດ / Term Life Capital:.....
- ເງິນອຸດໜຸນລາຍປີ / Annuities: 10% of Capital Insured, 20% of Capital Insured

# ເງິນອຸດໜຸນລາຍປີພາຍຫຼັງຜູ້ເອົາປະກັນໄພເສຍຊີວິດ ຫລື ພິການຖາວອນທັງໝົດ ຈົນຄົບອາຍຸຂອງຜູ້ເອົາປະກັນໄພທີ່ 60 ປີ/ Annuities up to 60 Years of the Insured  
ກໍລະນີຜູ້ເອົາປະກັນໄພເສຍຊີວິດ ຫລື ພິການຖາວອນທັງໝົດ ຈາກອຸປະຕິເຫດ, ບໍລິສັດປະກັນໄພຈະຈ່າຍ2ເທົ່າຂອງວົງເງິນຄຸ້ມກັນບວກກັບເງິນອຸດໜຸນລາຍປີ  
In case of Accidental Death or Total Permanent Disability of insured, the insurer will pay the double of Term life capital plus the annuity  
ກໍລະນີຜູ້ເອົາປະກັນໄພເສຍຊີວິດ ຫລື ພິການຖາວອນທັງໝົດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນຈາກອຸປະຕິເຫດ, ບໍລິສັດປະກັນໄພຈະຈ່າຍ1ເທົ່າຂອງວົງເງິນຄຸ້ມກັນບວກກັບເງິນອຸດໜຸນລາຍປີ  
In case of Non-accidental Death or Total Permanent Disability of insured, the insurer will pay the equivalent of Term life capital plus the annuity

---

ຊື່ ແລະນາມສະກຸນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ / Name and Surname Beneficiary : .....

ວັນເດືອນປີເກີດ / Date of birth (dd-mmm-yyyy) ..... ສັນຊາດNationality .....

ສາຍພົວພັນຄອບຄົວ / Relationship.....,ອາຊີບ / Occupation,.....

ທີ່ຢູ່ / Address: ບ້ານ / Village.....ເມືອງ/District .....ແຂວງ / Province .....ໂທ/ Tel: .....

---

ໄລຍະທີ່ຕ້ອງການເອົາການຄຸ້ມກັນ / Period of coverage .....ວັນ / day(S),  ເດືອນ / month(s),  ປີ / year

ເລີ່ມວັນທີ / Commencing date..... ສິ້ນສຸດວັນທີ / Expiry date.....

---

- ຂໍ້ຄວນປະຕິບັດສໍາລັບຜູ້ສະໝັກທຸກທ່ານ Each applicant must
  - a. ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນລົງໃນແບບຟອມສະໝັກດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ Fill in the application form by him / herself
  - b. ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນທາງສຸຂະພາບຂອງທ່ານລົງໃນແບບຟອມດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ Fill in the Medical questionnaire by him / herself
  - c. ຕ້ອງປະກອບຜົນການກວດສຸຂະພາບຕາມລາຍການທີ່ ບປລ ຕ້ອງການຢ່າງຄົບຖ້ວນ Provide result of Medical checkup based on the list provided by AGL

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ກ່າວມາທັງໝົດຂ້າງເທິງນັ້ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ I hereby certify that the all information I provided are correct and sincere

ທີ/At..... ວັນທີ/Date.....

ລາຍເຊັນຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ/Applicant's Signature



ຕາຕະລາງທີ 4: ໃບສອບຖາມສຸຂະພາບ

(ແບບສອບຖາມທາງສຸຂະພາບ/ວັນທີ): **MEDICAL QUESTIONNAIRE / DATE .....**

**(ແບບສອບຖາມທາງສຸຂະພາບ/ວັນທີ): MEDICAL QUESTIONNAIRE / DATE .....**

- 1) ຂໍ້ຄວນປະຕິບັດສໍາລັບຜູ້ສະໝັກທຸກທ່ານ Each applicant must
  - d. ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນທາງສຸຂະພາບຂອງທ່ານລົງໃນແບບຟອມດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ Fill in the Medical questionnaire by him / herself
  - e. ຕ້ອງປະກອບຜົນການກວດສຸຂະພາບຕາມລາຍການທີ່ປະກອບມາ ຈຶ່ງຈະຖືກຮັບຮອງ ໃຫ້ຮັບການຢ່າງຄົບຖ້ວນ Provide result of Medical checkup based on the list provided by AGL
- 2) ບປລ ມີສິດໃນການຂໍຜົນກວດສຸຂະພາບເພີ່ມຕື່ມໃນກໍລະນີທີ່ ເງື່ອນໄຂທາງສຸຂະພາບຂອງຜູ້ສະໝັກບໍ່ຊັດເຈນ ຫຼື ບາງພະຍາດທີ່ຕ້ອງການຄໍາຊີ້ແຈງຈາກທ່ານໝໍເພື່ອປະກັບເຂົ້າກັບຜົນກວດ AGL reserve the right to request additional medical checkup in case the medical condition or disease requires more clarification. The costs of those additional medical check-up are under applicant's responsibility
- 3) ບປລ ມີສິດໃນການປະຕິເສດການສະໝັກ ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ສະໝັກທາງການເງື່ອນໄຂທາງດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ພະຍາດໃດໆທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເງື່ອນໄຂທີ່ສາມາດຍອມຮັບໄດ້ AGL reserve the right to reject any application or medical condition or disease considered as out of its acceptable risk

ຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ຈົ່ງແຈ້ງສຸຂະພາບຮ່າງກາຍແລະຈິດໃຈ ແລະ ປະຫວັດການປົນປົວພະຍາດໃນໄລຍະ 3ປີຜ່ານມາເຖິງປະຈຸບັນ ດັ່ງຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ຈົ່ງໃຊ້ເຄື່ອງໝາຍ ຖືກ  ໃນຫ້ອງ, 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 last three year of any health disorder (Please use ✓ in the space "Yes" or "No" if yes, and give details in next column)  
 ສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີປັນຫາທາງສຸຂະພາບຕ້ອງໄດ້ກວດເພີ່ມຕື່ມ

For each anomaly, please provide result of last exploration (laboratory, Xray...) and copy of medical prescription

**ກະລຸນາບອກລາຍລະອຽດການໃຊ້ຊີວິດຂອງທ່ານ ຕາມສະຖານະພາບລຸ່ມນີ້: Please describe your life habit on situations below**

ນ້ຳໜັກ/ Weight.....ກລ/ kgs ລວງສູງ/ Height: .....ຊມ[cm]. ດັດສະນີນ້ຳໜັກ[BMI]:.....[ Formula: BMI = weight / height\*height ]

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

ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ [Since when]: .....ຈົນຮອດ [Until when]: .....

ຢາ ຫລື ສານເສບຕິດ ທີ່ໃຊ້ເປັນປະຈຳ [Medicine or drug or specific substance taken regularly]?: .....

ເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ [Since when]: .....ຈົນຮອດ [Until when]: .....

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

**ກະລຸນາອະທິບາຍຂໍ້ມູນທາງສຸຂະພາບ, ປະຫວັດການປົນປົວ ແລະ ສະຖານະການປົນປົວພະຍາດຂອງທ່ານຕາມດ້ານລຸ່ມ  
Please describe your medical condition or diseases history and status**

#	ຄວາມບົກຜ່ອງ / ພະຍາດ [ Disorder / Diseases ]	ເຮັດ Yes	ບໍ່ No	ອະທິບາຍ Describe: ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ...dd/mm/yyyy..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
1	ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດຫຼືບໍ່ Ever [undergone an operation]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
2	ຊຶມເສົ້າ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ ແລະ ຜິດຄຳກຳ [depression, mental and comporment disorder]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
3	ອາການຊັກ ຫລື ບ້າໝູ Seizure disorder or epilepsy?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....

4	ອາການເຈັບໜ້າເອິກຫຼັງຈາກການເຮັດກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເຈັບເວລາພັກຜ່ອນ- [Chest pain after activities or spontaneous] ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
5	ພະຍາດຫົວໃຈສັ່ນ-[palpitation]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
6	ອາການວິນວຽນທີ່ເກີດຂຶ້ນເອງ ຫຼື ຫຼັງຈາກການເຮັດກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງ [Vertigo / dizziness/ spontaneous or after activities]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
7	ອາການເຈັບແລະຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງປະສາດ? (ໂມເກຣນ, ເຈັບປະສາດ, ອາການເຈັບປວດຮຸນແຮງຢູ່ຂ້າ, ອຳນະພາດເຄິ່ງຄິງ, ເຈັບຫົວຊຳເຮື້ອ, ເຈັບສັນຫລັງ ຫຼື ປວດກ້ານຄໍ) Neurological pain and disorder? (Migraine, Neuralgia, sciatica, paralysis, chronic head ache, vertebral or neck pain?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
8	ພະຍາດຕ່ອມໂທຣອຍ / (Thyroid disease)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
9	ພະຍາດຫີດ ຫລື ພະຍາດອື່ນໆທີ່ເຮັດໃຫ້ຫາຍໃຈຍາກ [Asthma or any other breath difficulty]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
10	ພະຍາດຕັບ (ຕັບອັກເສບ, ມະເຮັງຕັບ, ຫີ່ວຖົງປີ) [Liver Disease (hepatitis, cirrhosis, bile duct stone) ?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
11	ພະຍາດຫົວໃຈ [Disease of the Heart]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
12	ພະຍາດຄວາມດັນເລືອດສູງ-ຕ່ຳ [High or Low blood pressure], ການວັດແທກຄັ້ງຫຼ້າສຸດ Last measure:.....mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
13	ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຂໍ້ ຫລື ກ້ານຊິ້ນ ຫລື ກະດູກ [disorder of Joints, Muscles, bones , Gout] (ອາການບວມ, ກະດູກລູດໂບກ, ອາການເຄັດ, ກະດູກຫັກ) swelling, dislocation, strain, fracture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
14	ໂຮກໝາກໄຂ່ຫລັງ, ທາງເດີນປັດສະວະ, ຫີ່ວ [Disorder of Kidneys & Urine Passage, stone...]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
15	ພະຍາດເບົາຫວານ [Diabetes]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ເຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....



16	ພະຍາດເນື່ອງອກບໍ່ຮ້າຍແຮງ/ມະເຮັງ [Non-Malignant Growth / Cancer]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
17	ສະເພາະຜູ້ຍິງ: ປະຈຳເດືອນຜິດປົກກະຕິ ຫລື ມີພະຍາດເຕົ້ານົມ, ຫໍ່ສົງໂຂ່, ມີດລູກ, ຮວຍໂຂ່, ປາກມີດລູກ ບໍ່? [Any menstrual disorders or symptoms of disease of breast, tubes, uterus, ovaries, cervix?] (For women)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....
18	ຖ້າມີພະຍາດອື່ນໆອາກາດຕາຕະລາງ ຂ້າງເທິງນີ້ ຈຶ່ງແຈ້ງລະອາດ [Is there any other disease you have suffered from that is not mentioned in the above schedule?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ວັນທີເລີ່ມມີອາການ [Date of last occurrence] ..... ວັນທີເລີ່ມປິ່ນປົວ [Treatment date]: ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ [From] .....ຈົນຮອດ[to] ..... ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ແລະ ໝາຍເຫດ [Place of treatment]: .....

**ການແຈ້ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແລະອື່ນໆ / Health and other declarations**

ກ. ປະຈຸບັນຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ຫລື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ມີປະກັນອຸປະຕິເຫດ ຫລື ສຸຂະພາບ ກັບບໍລິສັດອື່ນໆບໍ່? ຖ້າມີຈຶ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດ  
Does the applicant or person to be covered have health or accident insurance with any other insurance companies? If so, please give details  
.....

ຂ. ຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ ຫລື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ ເຄີຍໄດ້ຮັບການປະຕິເສດການປະກັນຊີວິດ ການປະກັນອຸປະຕິເຫດ ຫລື ສຸຂະພາບ ຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພໃດຫລືບໍ່?  
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..... ຖ້າເຄີຍໄດ້ຮັບການປະຕິເສດ ຈຶ່ງຂຽນລາຍລະອຽດ/ If yes, please give details: .....

- ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ກ່າວມາທັງໝົດຂ້າງເທິງນັ້ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ I hereby certify that the all information I provided are correct and sincere
- ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມເຂົ້າໃຈຢ່າງລະອຽດເຖິງຂັ້ນຕອນຕ່າງໆ ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ, ແບບອມສະໝັກ ແລະ ການຮຽກສິນທິດແທນຈະຖືກປະຕິເສດໃນທຸກເງື່ອນໄຂ I understand that in case of documents misrepresentation, my application and claim can be denied at any stage of process
- ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕົກລົງອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໝໍ/ໂຮງໝໍ/ສູນກິດເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເພື່ອຕອບສະໜອງ ຕາມທີ່ບໍລິສັດ ອາລີອັນສ໌ ປະກັນໄພລາວ ມີຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການ, ທັງນີ້ແມ່ນແນ່ໃສ່ການຄົ້ນຄົ້ວພິຈາລະນາ ໃບສະເໜີເຮັດການປະກັນໄພ ກໍຄື ການຊໍາລະສິນທິດແທນ ປະກັນໄພຕາມຕາມລະບຽບການ I agree to allow the physician / hospital / clinic to disclose records of my medical treatment to the extent that Allianz General Laos requires for the purpose of considering the insurance application or payment of benefits.

ທີ່/At..... ວັນທີ / Date.....

ລາຍເຊັນຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ / Applicant's Signature

ຕາຕະລາງທີ 5: ໃບກວດສຸຂະພາບ

ໃບກວດສຸຂະພາບ  
**Medical Check-Up**

ເຖິງ ທ່ານໝໍ,

ພວກເຮົາມີຄວາມຍິນດີໃຫ້ທ່ານດຳເນີນການກວດສຸຂະພາບຄົບຖ້ວນດັ່ງລຸ່ມນີ້, ເຊິ່ງມີຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ/ຫລື ປະກັນຊີວິດ ຂອງຜູ້ທີ່ຈະເອົາປະກັນໄພທີ່ ບປລ. ກະລຸນາຄັດຕິດຜົນກວດມາພ້ອມດ້ວຍ.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື.

Dear Doctor,

We have the honor to solicit you a medical check-up with complementary examination below, necessary for health and/or life insurance at AGL for the present applicant. Please attach the result of the requested exploration.

Sincerely yours.

ຊື່ແຈ້ງຂອງຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ [Full name]: .....		
ວັນເດືອນປີເກີດ [Date of birth] .....(age: )		
	To check	Remarks
1	Medical Certificate .....	With detail of Physical examination
2	ECG + blood pressure measure.....	<u>Please provide the result Interpreted by physician</u>
3	Chest X ray .....	<u>Please provide the result Interpreted by physician</u>
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*

ວັນທີກວດ: [Date of examination]: ທີ່[At] .....

Name, Physical Address and mail of the Physician



ຕາຕະລາງທີ 5: ການອະນຸຍາດ ໃຫ້ສື່ສານຜ່ານຊ່ອງທາງດິຈິຕອນ ແລະ ໃຫ້ສື່ສານຂໍ້ມູນການຕະຫຼາດ

**DIGITAL COMMUNICATION CONSENT**

By agreeing to purchase this insurance, you agree to receive via SMS and/or via e-mail by the mobile number and/or e-mail address provided herein above respectively on contract renewal notice, premium and/or claim payment status and any information of your interest on this insurance. Please visit <https://www.agl-allianz.com> to view Allianz General Laos Data Privacy Notice.

**ການອະນຸຍາດໃຫ້ສື່ສານຜ່ານຊ່ອງທາງດິຈິຕອນ**

ໂດຍການຕົກລົງຊື້ປະກັນໄພນີ້, ທ່ານຕົກລົງທີ່ຈະຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການແຈ້ງຕໍ່ສັນຍາ, ການແຈ້ງສະຖານະການຊໍາລະຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ການຈ່າຍສິນທິດແທນປະກັນໄພ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ເປັນປະໂຫຍດສໍາລັບທ່ານກ່ຽວກັບປະກັນໄພນີ້ ຜ່ານທາງຂໍ້ຄວາມສັ້ນ (SMS) ຫາເບີຟິຊີ ແລະ/ຫຼື ອີເມວ ຕາມທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ໃນໃບສະເໜີເອົາປະກັນໄພນີ້. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງລາຍລະອຽດແຈ້ງການກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໄດ້ທີ່ <https://www.agl-allianz.com>

**MARKETING CONSENT**

By purchasing this insurance, you give consent to Allianz General Laos to use your personal information for the marketing purpose of the company e.g. communication on product/service, promotional activities, carrying out lucky draws, marketing surveys, and other information which you may be interested in. In the event you would like to withdraw your marketing consent, please send SMS content "123" to +856 20 56689805 or opt-out via My Insurance Web and My Insurance App.

**ການອະນຸຍາດໃຫ້ສື່ສານຂໍ້ມູນການຕະຫຼາດ**

ໂດຍການຕົກລົງຊື້ປະກັນໄພນີ້, ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ ບໍລິສັດ ອາລີອັນສ໌ ປະກັນໄພລາວ, ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຕິດຕໍ່ ແລະ ສົ່ງຂໍ້ມູນທາງການຕະຫຼາດຂອງບໍລິສັດເຊັ່ນ: ການບໍລິການ ແລະ ຜະລິດຕະພັນປະກັນໄພ, ກິດຈະກຳສົ່ງເສີມການຂາຍ, ການຈັບສະຫຼາກຊິງໂຊກ, ການສໍາຫຼວດຕະຫຼາດ, ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານອາດມີຄວາມສົນໃຈ. ຖ້າທ່ານບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວເພື່ອຈຸດປະສົງດັ່ງກ່າວ ທ່ານສາມາດແຈ້ງປະຕິເສດຮັບຂໍ້ມູນ ໂດຍການສົ່ງຂໍ້ຄວາມສັ້ນ (SMS) ພິມຄຳວ່າ "123" ສົ່ງໄປທີ່ເບີ +856 20 56689805 ຫຼື ແຈ້ງຜ່ານທາງ My Insurance Web ແລະ My Insurance App.