



**ໃບລາຍງານ / Claim Report Form**

(ປະກັນໄພ ອຸປະຕິເຫດແຮງງານ, ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ, ການເດີນທາງ ແລະ ສຸຂະພາບ)  
**(Workmen's Compensation, Personal Accident, Travel PA and Health)**

ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ /Policy No:.....

ລະຫັດລູກຄ້າເລກທີ /Client No:.....

ວັນທີຄຸ້ມກັນ /Policy effective date : ຈາກ /From.....ເຖິງ /To.....

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ / Insured :.....

ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / **The Claimant:**

ລ/ດ	ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Name of claimant	ວັນ,ເດືອນ, ປີເກີດ Date of Birth	ອາຊີບ Occupation	ສະພາບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Nature of Injury/Sickness	ນອນໂຮງ ໝໍຫລືບໍ່? In Patient?	ທີ່ຢູ່ທີ່ສາມາດພົວພັນໄດ້/ໂທລ Contact Address / Tel
1						
2						
3						
4						
5						

- ວັນທີ ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Date of Injury or Sickness : .....ເວລາ / Time : .....hrs
- ສະຖານທີ່ / Place of Injury or Sickness : .....
- ພະຍານ / Witness : ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ/Name and Surname : .....  
ທີ່ຢູ່ /Address : .....  
ໂທລະສັບ /Tel : .....
- ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໄດ້ມີສັນຍາປະກັນໄພກັບບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນ ຫຼື ບໍ່? / Was there at the time of occurrence any other existing insurance policies with other company?  ບໍ່ມີ / No  ມີ / Yes, ຖ້າມີໃຫ້ບອກລາຍລະອຽດໃຫ້ຄົບຖ້ວນ / If Yes, please provide full particulars : .....
- ຈົງເລົ່າສະພາບການໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Circumstances of Injury or Sickness : .....

ຈໍານວນເງິນສະເໜີທົດແທນຄືນ / Amount Claimed : .....

ວັນທີ/ Date.....

\_\_\_\_\_ ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ /Signature of Insured

**ບໍລິສັດ ໂຕໂກຈາຍາ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ TOKOJAYA LAO ASSURANCE CO. LTD.**

Head Office: 58/02 – 58/03, Manthaturath Road, Ban Xieng Ngeun, Unit 8, Vientiane, Lao PDR Tel: (021) 264 712-5 Fax: (021) 264 717  
 Branch Office: Bridge Authority Building, Mittaphab Lao-Thai Bridge, Vientiane, Lao PDR Tel/ Fax: (021) 812 231  
 Email: admin@tokoassurance-lao.com Website: www.tokoassurance-lao.com