



LANEXANG ASSURANCE PUBLIC COMPANY (LAP)

Head Office: 2nd floor, MB Bank Building, Kaysone Phomvihane Road,
Phonexay Village, Saysettha District, Vientiane Capital, Lao P.D.R
Tel: 021 991 999 | Fax: 021 992 999 | Hotline: 020 9755 6666
Email: contact@lap.com.la | Website: www.lap.com.la

ໃບສະເໜີຂໍເຮັດປະກັນໄພທ່ຽວໄທສະບາຍໃຈ
Proposal form for Happy Thailand Travel Insurance

I. ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ/ Applicant Information

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ/ Name and surname	
ອາຊີບ/ Occupation	
ທີ່ຢູ່/ Address	
ອີເມວ/ Email	
ເບີໂທລະສັບ/ Phone number	
ສັນຊາດ/ Nationality	
ເລກທີໜັງສືຜ່ານແດນ/ Passport number	
ວັນເດືອນປີເກີດ/ Date of birth	
ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ/ Beneficiary (ຊື່ & ນາມສະກຸນ, ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ, ທີ່ຢູ່, ເລກບັດປະຈຳຕົວ/ພາສປອດ, ເບີໂທລະສັບ) (Name & surname, date of birth, address, ID/Passport No., Phone No.)	
ແຜນທີ່ຕ້ອງການ/ Plan required	
ຈຸດປະສົງການເດີນທາງ/ Purpose of the trip	
ຈຳນວນມື້ທີ່ຕ້ອງການເຮັດປະກັນໄພ/ Duration in days required	

ມີເລີ່ມຕົ້ນສັນຍາ/ Starting date of the Policy	
--	--

II. ເງື່ອນໄຂທົ່ວໄປ ແລະ ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ/ General conditions and exclusions of The insured

- ຕ້ອງມີສຸຂະພາບແຂງແຮງ (ບໍ່ເກີດອຸປະຕິເຫດໃດໆ, ບໍ່ມີອາການຕິດເຊື້ອຈາກພະຍາດທາງເດີນຫາຍໃຈໂຄວິດ 19, ບໍ່ຢູ່ໄລຍະກຳລັງປິ່ນປົວຈາກ ພະຍາດ ແລະ ໂລກປະຈຳຕົວກ່ອນ ການເຂົ້າເຮັດປະກັນໄພ)/ Be strong and healthy (No accidents, no infectious diseases from Covid 19, not in the process of recovering from illness and disease before applying for the insurance)
- ບໍ່ຄຸ້ມກັນຄວາມເສຍຫາຍທີ່ເກີດຈາກ ສົງຄາມ, ສົງຄາມກາງເມືອງ, ການກໍ່ຈາລາຈົນ, ອາວຸດນິວເຄຍ, ເຈດຕະນາຊົ່ວຮ້າຍ, ການສໍ້ໂກງປະກັນໄພ, ຈົງໃຈໃຫ້ເກີດອຸປະຕິເຫດ, ການກະທຳໂດຍເຈດຕະນາຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພເອງ, ຂ້າໂຕຕາຍ, ການກະທຳທີ່ຜິດກົດໝາຍ, ພະຍາດຕິດແບກອື່ນຕາມການແຈ້ງການຂອງໜ່ວຍງານທີ່ມີສິດອຳນາດ, ໃນເວລາຂັບຂີ່ລົດນຳໃຊ້ສານເສບຕິດທຸກປະເພດ, ບໍ່ໃສ່ໝວກກັນກະທົບ ແລະ ບໍ່ມີໃບຂັບຂີ່ເວລາຂັບລົດ, ໃບຂັບຂີ່ໜີດອາຍ/ Exclude loss or damage from war, civil war, mutiny, nuclear weapon, maliciously act caused damage or any consequences acted intentionally by the insured, suicide, illegal acts, other bizarre diseases as per the notice of the competent authorities, when driving under the influence of alcohol or drug, without wearing a helmet and not possessing a valid driver's license
- ບໍ່ຄຸ້ມກັນຄວາມເສຍຫາຍທີ່ເກີດກ່ອນມີເຊັນສັນຍາ ແລະ ຊຳລະຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພ/ Exclude loss or damage before the date of contract signed and the premium paid

III. ຂອບເຂດການຄຸ້ມກັນ/ Scop of cover

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂວ່າດ້ວຍການປະກັນໄພທ່ອງທ່ຽວຂອງບໍລິສັດ ລ້ານຊ້າງປະກັນໄພ ມະຫາຊົນ/ The insured must comply with the travel insurance policy of Lanexang Assurance Public Company

IV. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຜູ້ປະກັນຮ່ວມ/ Health information of Insured

1. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ອື່ນໃນຄອບຄົວມີພະຍາດຕິດຕໍ່ມາຕັ້ງແຕ່ເກີດ, ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິ ຫຼື ຄວາມບົກຜ່ອງທາງຮ່າງກາຍບໍ່?/ Does the insured and/or other family member have a congenital disease, disability or physical disability?	<input type="radio"/> ແມ່ນ/ Yes	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ/ No
2. ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ອື່ນໃນຄອບຄົວ ໄດ້ມີອາການເປັນພະຍາດ ຫຼື ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ບຸກຄົນທີ່ມີເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ 19?/ The insured and/or other family members have the signs of disease and have been in contact with a person with covid 19?	<input type="radio"/> ແມ່ນ/ Yes	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ/ No
3. ມີຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ອື່ນໃນຄອບຄົວ ໃຊ້ຊີວິດຢູ່ຕ່າງປະເທດ ຫຼື ບໍ່?/ Does the insured and/or other family members live abroad?	<input type="radio"/> ແມ່ນ/ Yes	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ/ No

ຖ້າຫາກຄໍາຕອບໃດໜຶ່ງຂ້າງເທິງແມ່ນ ແມ່ນ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ລຸ່ມນີ້:/ If any of the above answers are yes, please provide additional information below:

.....
.....

V. ເອກະສານຄັດຕິດກັບ ສັນຍາປະກັນໄພ/ Document attachment to insurance contract

- ໜັງສືຜ່ານແດນ (ສໍາເນົາ)/ Passport (copy)
- ໃບສະເໜີຂໍເຮັດປະກັນໄພ/ Proposal form
- ໃບຢັ້ງຢືນສຸຂະພາບ (ຖ້າມີ)/ Health certificate (if any)

ຂ້າພະເຈົ້າ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນລ້ວນແຕ່ແມ່ນຄວາມຈິງທັງໝົດ.ໃນກໍລະນີ ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງບໍ່

ຈະແຈ້ງ ພວກຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຮັບຜິດຊອບເອງທັງໝົດ/ With my signature below, I am committed to the information provided above is true. In any case the information provided is inaccurate, I the Insured would take full responsibility.

ວັນທີ/ Date: / /2021

**ລາຍເຊັນ ແລະ ຊື່ແຈ້ງຂອງຜູ້ສະໝັກ/
Signature and full name of the Insured**