

ແບບຟອມສະໝັກແບບເປັນຄອບຄົວ
FAMILY APPLICATION FORM

ຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ / IMPORTANT NOTES

ແບບຟອມນີ້ ແມ່ນໃຊ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ເປັນເອກະສານທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ປະກັນໄພ (ແບບຟອມສະໝັກ) ແມ່ນຂໍ້ມູນເພີ່ມຖານທີ່ຜູ້ປະກັນໄພ ນໍາໃຊ້ໃນການອອກສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໃຫ້ແກ່ສັນຍາປະກັນໄພ. ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໂດຍການຕອບຄໍາຖາມແຕ່ລະຄໍາຖາມໃຫ້ລະອຽດ. ເຊິ່ງແຕ່ລະຄໍາຕອບຈະມີການລະບຸວັນທີ ເດືອນ ປີ ທີ່ຕອບຄໍາຖາມ ເພື່ອໃຫ້ມີການດໍາເນີນການທັນເວລາ ແລະ ຫຼີກລ່ຽງຄວາມລາຊ້າ. ຖ້າຫາກວ່າບາງຄໍາຖາມບໍ່ມີຄໍາຕອບ ແມ່ນຖືວ່າເປັນຄໍາຕອບທີ່ເປັນລົບ. ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງຂໍແນະນໍາໃຫ້ທ່ານຈົ່ງບັນທຶກຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໃນແບບຟອມໃຫ້ຄົບຖ້ວນ (ພ້ອມທັງສໍາເນົາເອກະສານສະບັບນີ້).

The Application Form, List of Insured Members and other files deemed necessary by the Insurer (hereinafter "application files") are basis for the Insurer to issue the Insurance Contract and will be an important part of the Insurance Contract. Please complete this form by answering carefully all questions. It is important that a complete answer be given to every question including dates where applicable in order to avoid unnecessary delay in the processing of this application. Any question not answered on this form will be taken as an answer in the negative. You are advised to keep a record (including copies of letters) of all information you supplied herein.

ບໍລິສັດຈະບໍ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃດໆ ຈົນກ່ວາພວກເຮົາຕົກລົງຮັບເອົາໃບສະໝັກ ແລະ ຍັງຍືນຄວາມຮັບຜິດຊອບຕາມນະໂຍບາຍທີ່ລະບຸໃນສັນຍາປະກັນໄພ.

No liability is undertaken until our Company had accepted this Application and confirm binding the policy.

1. ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ / APPLICANT'S INFORMATION

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ Full Name:		ເພດ Gender:	<input type="checkbox"/> ຊາຍ Male	<input type="checkbox"/> ຍິງ Female
ເດືອນປີເກີດ Date of Birth:	ອາຍຸ Age:	ຄວາມສູງ Height:	ຊມ cm	ນ້ຳໜັກ Weight: kg
<input type="checkbox"/> ບັດປະຈຳຕົວ <input type="checkbox"/> ໜັງສືເດີນທາງ ID Card / Passport Number:		ທີ່ຢູ່ Address:		
ສັນຊາດ Nationality:		ເບີໂທລະສັບ Mobile No.:		
ອາຊີບປະຈຸບັນ Current Occupation:		ອີເມວ Email:		
ນາຍຈ້າງ/ຊື່ບໍລິສັດ Employer/Company Name:		ລາຍຮັບປະຈຳປີ Annual Income:		

2. ຂໍ້ມູນການປະກັນ / INSURANCE INFORMATION

ໄລຍະຂອງການປະກັນໄພ Period of Insurance:	ຈາກ From:	ເຖິງ To:
ແຜນຄຸ້ມກັນ Plan	<input type="checkbox"/> ແຜນຄຸ້ມຄອງຂັ້ນພື້ນຖານ (\$30,000) Standard Lite (\$30,000)	<input type="checkbox"/> ແຜນຄຸ້ມຄອງຂັ້ນສູງ (\$50,000) Super Lite (\$50,000)
ທາງເລືອກຜົນປະໂຫຍດ Optional Benefit	<input type="checkbox"/> ຜູ້ປ່ວຍນອກ Out-Patient	<input type="checkbox"/> \$500 / \$100 <input type="checkbox"/> \$1,000 / \$120
	<input type="checkbox"/> ການເກີດລູກ Maternity	<input type="checkbox"/> \$1,200 <input type="checkbox"/> \$2,000
ປະຈຸບັນທ່ານມີປະກັນໄພກັບບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນບໍ່? Are you presently insured with another insurance company?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ No	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ Yes
ຖ້າແມ່ນກະລຸນາລະບຸຊື່ບໍລິສັດ If Yes, please specify company Name:	Plan:	ວັນໝົດສັນຍາ Expiry Date:
		ຄ່າປະກັນໄພ Premium:

3. ຂໍ້ມູນຜູ້ເອົາປະກັນໄພ / INSURED PERSONS

ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພທີ່ທ່ານຕ້ອງການລວມຢູ່ໃນສັນຍາດຽວກັນນີ້
Please list names of insured persons which you wish to include in the same policy:

	ຄູສົມລົດ Spouse/Partner	ຜູ້ຕິດຕາມ 1 Dependent 1	ຜູ້ຕິດຕາມ 2 Dependent 2	ຜູ້ຕິດຕາມ 3 Dependent 3
ຊື່ ແລະ ນາມກະກຽມ Full Name				
ເພດ Gender				
ວັນເດືອນປີເກີດ Date of Birth				
ຄວາມສູງ (ສມ) Height (cm)				
ນ້ຳໜັກ (ກລ) Weight (kg)				
ເລກທີບັດປະຈຳຕົວ/ໜັງສືເດີນທາງ ID Card / Passport Number				
ທີ່ຢູ່ Address				
ສັນຊາດ Nationality				
ອາຊີບປະຈຸບັນ Current Occupation				
ສາຍສຳພັນກັບຜູ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພ Relationship to Policyholder				

4. ຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ / HEALTH QUESTIONNAIRE

1. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາຈົນເຖິງປະຈຸບັນ, ທ່ານເຄີຍຕິດເຊື້ອ ຫຼື ມີອາການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ປະຈຸບັນໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ມີພະຍາດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?
Within the past 5 year to present, have you ever been infected or have symptoms or have been treated or is currently receiving treatment or has been told by a doctor with the following diseases:

	ຜູ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພ Policyholder		ຄູສົມລົດ Spouse/ Partner		ຜູ້ຕິດຕາມ 1 Dependent 1		ຜູ້ຕິດຕາມ 2 Dependent 2		ຜູ້ຕິດຕາມ 3 Dependent 3	
	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
a. ມະເຮັງ, ເນື້ອງອກ ຫຼື ຕ່ອມລູກໝາກທີ່ອີງບໍ່ທັນໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ຫຼື ໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ໄລຍະເວລາ ໜ້ອຍ ກວ່າ 2 ປີ ກ່ອນເຮັດປະກັນໄພ. / Cancer, tumors or cysts that have not yet been surgically removed or have surgically removed less than 2 years before insurance.	<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. ເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອງຕົບ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ໂລກເອດສ ຫຼື ເຊື້ອ HIV. / Stroke, heart disease, AIDS or HIV positive.	<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"/>
c. ພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມ ຫຼື ຄວາມລົ້ມເຫຼວຂອງໝາກໄຂ່ຫຼັງ. / Chronic kidney disease or renal failure.	<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"/>
d. ຕັບອັກເສບ B, ຕັບອັກເສບ C, ຕັບແຂງ, ພະຍາດຕັບ, ມະເຮັງຕັບອັກເສບ, ຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ. / Hepatitis B, hepatitis C, cirrhosis, liver disease, enlarge pancreas, ascites.	<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"/>

	ຜູ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພ Policyholder		ຄູ່ສົມຮິດ Spouse/ Partner		ຜູ້ຕິດຕາມ 1 Dependent 1		ຜູ້ຕິດຕາມ 2 Dependent 2		ຜູ້ຕິດຕາມ 3 Dependent 3	
	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
e. ວັນນະໂລກ, ຕັບໜ້າເອິກ, ປອດອັກເສບຊ້າເຮື້ອ, ຫຼອດປອດອັກເສບ SLE, ພະຍາດເລືອດຮຸນແຮງ ຫຼື ຕ້ອງການການສັ່ງເລືອດເປັນປະຈຳ. / Tuberculosis, chest pain, chronic pneumonia, chronic obstructive pulmonary diseases, emphysema SLE, severe blood disorder or need to receive blood regularly.	<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"/>
f. ໂລກເບົາຫວານ, ຄວາມດັນເລືອດສູງ. Diabetes, hypertension.	<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"/>
g. ພະຍາດ ພາກັນສັນ, ໂລກສະໜອງເລື້ອມ ແລະ ບໍ່ສາມາດດູແລຕົນເອງ, ເປັນອຳມະພາດ, ຜິການ, ຕັບປ່ອຍທາງຈິດ ຫຼື ຕິດຢາເສບຕິດ. / Parkinson's disorder, dementia and unable to take care of themselves, paralysis, disability, psychosis or addiction to drug.	<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"/>
h. ເປັນໂລກຊົມເສົ້າ, ມີຄວາມສ່ຽງໃນການຂ້າຕົວຕາຍບໍ່? Down's syndrome, Suicide attempted?	<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"/>
2. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາ, ເຈົ້າໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳຈາກທ່ານໝໍໃຫ້ຜ່າຕັດ ຫຼື ຮັບການປິ່ນປົວຕໍ່ໄປ ແລະ ບັງມະຕິພະຍາດ ຫຼື ຄວາມເຈັບປ່ວຍບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ຍັງມີຄວາມຜິດປົກກະຕິ/ຄວາມເຈັບປ່ວຍ/ສະພາບຊ້າເຮື້ອທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ? Within the past 5 year, have you received advise from a doctor for surgery or for further treatment and diagnosis from disease or illness has not been done or still have abnormalities / illness / chronic conditions which have not been treated?	<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"/>
3. ທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິເສດການສະໝັກປະກັນໄພຊີວິດ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ຫຼື ປະກັນໄພເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງ ຫຼື ປະກັນອຸບັດຕິເຫດສ່ວນຕົວ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຕໍ່ອາຍຸສັນຍາປະກັນໄພ ຫຼື ທ່ານໄດ້ຖືກຄິດຄຳທ່ານຽມເພີ່ມ ຫຼື ຄິດຄຳປະກັນໄພເພີ່ມບໍ່? Have you been denied an application for life insurance or health insurance or serious illness insurance or personal accident insurance or being denied a renewal of insurance policy or have you been charged an additional premium or charged the conditions for such insurance?	<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"/>
4. ທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນ, ປະກັນໄພເຈັບປ່ວຍສຳລັບການເຈັບປ່ວຍທີ່ຮຸນແຮງ, ປະກັນຊີວິດ ຫຼື ປະກັນອຸບັດຕິເຫດສ່ວນຕົວນຳບໍລິສັດປະກັນໄພ ພິເສດ-ໂຕໂກ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນບໍ່? Do you have other Health insurance, Critical Illness Insurance, Life Insurance or Personal Accident Insurance with Forte-Toko or other insurers?	<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"/>
5. ປະຈຸບັນທ່ານໃຊ້ ຫຼື ທ່ານເຄີຍໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ດື່ມເຫຼົ້າເປັນປະຈຳບໍ່? ຫຼື ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວເນື່ອງຈາກອາການຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ຕິດຢາບໍ່? / Do you currently use or have you ever used drugs or regularly drink alcohol? Or have you been treated with alcoholism or drug addiction?	<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"/>

	ຜູ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພ Policyholder		ຄູສົມຮົດ Spouse/ Partner		ຜູ້ຕິດຕາມ 1 Dependent 1		ຜູ້ຕິດຕາມ 2 Dependent 2		ຜູ້ຕິດຕາມ 3 Dependent 3	
	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
6. ທ່ານສູບຢາບໍ່? / Do you smoke? ເມື່ອກ່ອນ / In the past ຢາສູບຈັກກອກຕໍ່ມື້? How many cigarettes per day? ສູບຢາໄລຍະຍາວຈັກປີ? / Long term smoking for how many year(s)?										
ປະຈຸບັນ / Currently ຢາສູບຈັກກອກຕໍ່ມື້? / How many cigarettes per day?										
7. ບໍ່ແມ່ນ, ຄູສົມຮົດ, ອ້າຍເດັກຍິງຂອງຜູ້ສະໝັກຖືກກວດຫາ ພະຍາດ ຫຼື ເສຍຊີວິດຍ້ອນວັນນະໄລກ, ພະຍາດເປົາຫວານ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ມະເຮັງ, ເສັ້ນເລືອດຕັນໃນສະໝອງ, ຄວາມ ລົ້ມເຫຼວໝາກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ມີມິເຊື້ອ HIV ບໍ່? Have the parents, spouse, brothers or sisters of the applicant been diagnosed with illness or death due to tuberculosis, diabetes, heart disease, cancer, stroke, renal failure or HIV positive?										
8. ປະຈຸບັນນີ້ທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນການເພີ່ນຕົວຈາກການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ອາການບາດເຈັບຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ກຳລັງຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ ໂຮງໝໍບໍ່? / Are you currently in the recovery from illness or injury from an accident or hospitalization in a medical facility?										
9. ທ່ານກິນຢາເປັນປະຈຳ ຫຼື ກິນຢາປົວພະຍາດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ຫຼື ເປັນພະຍາດຊ້ຳເຮື້ອບໍ່? / Do you regularly take medications or continuously or have underlying diseases or any chronic diseases?										

5. ການຢັ້ງຢືນ / DECLARATION

ຜູ້ຖືສັນຍາຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາຕົກລົງເຫັນດີວ່າແບບຮ່ວມສະໝັກ ແລະ ການຢັ້ງຢືນ ຂໍ້ມູນສະບັບນີ້ຈະຖືກຖືເປັນສັນຍາ ແລະ ຈະເປັນພື້ນຖານຂອງສັນຍາລະຫວ່າງຂ້າພະເຈົ້າ/ຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ບໍລິສັດ ຜ່າຕະຫຼາດ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນໃດທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜິດປ່ຽງ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດອາດເຮັດໃຫ້ແບບຮ່ວມການສະໝັກນີ້ເປັນໄມຄະ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີ ວ່າຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບປະກັນໄພທັງໝົດມີສະພາບດີ ແລະ ປາສະຈາກຄວາມບົກພ່ອງທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມອ່ອນແອໃດ (ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ຂ້າງເທິງ).

ຜູ້ຖືສັນຍາອະນຸຍາດໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ການແພດ, ຫ້ອງການປະກັນໄພ, ອົງການ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ໄດ້ນຳໃນສັນຍາໃນລະຫວ່າງການກວດ ພະຍາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ກັບບໍລິສັດ ຜ່າຕະຫຼາດ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ອອມຮັບວ່າສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພທັງໝົດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງື່ອນໄຂສະພາບທີ່ມີຢູ່ກ່ອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການ ອະນຸມັດຈາກຜູ້ປະກັນໄພ.

I declare that all the information supplied above is true and correct and I hereby agree that this Application and the Declaration shall be held as promissory and shall be the basis of the Contract between me/Applicant/Insured Person and Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd and I understand that any false, incorrect or misleading statements may render this application null and void. I hereby agree that all the Applicants for insurance are in good health and free from any physical defects or infirmity (except as stated above).

I further authorize any medical source, insurance office, organization or person to release any relevant information acquired in the course of my examination or treatment to Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd.

I understand and accept that for all Insured Persons, no benefit will be payable to Pre-existing conditions which is not approved by the Insurer.

_____ ວາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ/ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບປະກັນ
SIGNATURE OF APPLICANT/ POLICYHOLDER

_____ ວັນທີຢັ້ງຢືນ
DATE OF DECLARATION