

ແບບຟອມສະໝັກປະກັນໄພກຸ່ມ
GROUP APPLICATION FORM

ຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ / IMPORTANT NOTES

ແບບຟອມນີ້ ແມ່ນໃຊ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ເປັນເອກະສານທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ປະກັນໄພ (ແບບຟອມສະໝັກ) ແມ່ນຂໍ້ມູນເພີ່ມທຸກທີ່ຜູ້ປະກັນໄພ ນໍາໃຊ້ໃນການອອກສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໃຫ້ແກ່ສັນຍາປະກັນໄພ. ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໂດຍການຕອບຄໍາຖາມແຕ່ລະຄໍາຖາມໃຫ້ລະອຽດ. ເຊິ່ງແຕ່ລະຄໍາຕອບຈະມີການລະບຸວັນທີ ເດືອນ ປີ ທີ່ຕອບຄໍາຖາມ ເພື່ອໃຫ້ມີການດໍາເນີນການທັນເວລາ ແລະ ຫຼີກລ້ຽງຄວາມລາຊ້າ. ຖ້າຫາກວ່າບາງຄໍາຖາມບໍ່ມີຄໍາຕອບ ແມ່ນຖືວ່າເປັນຄໍາຕອບທີ່ເປັນລົບ. ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງຂໍແນະນໍາໃຫ້ທ່ານຈົ່ງບັນທຶກຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໃນແບບຟອມໃຫ້ຄົບຖ້ວນ (ເພື່ອມທັງສໍາເນົາເອກະສານສະບັບນີ້).

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 ຈົນກວ່າພວກເຮົາຕົກລົງຮັບເອົາໃບສະໝັກ 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 <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ Gender: Male Female	
ເດືອນປີເກີດ Date of Birth:	ອາຍຸ Age:	ເດືອນປີເກີດ Date of Birth:	ອາຍຸ Age:
<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. ຂໍ້ມູນການປະກັນໄພ / INSURANCE INFORMATION

ໄລຍະຂອງການປະກັນໄພ Period of Insurance:	ຈາກ From:	ເຖິງ To:		
ແຜນຄຸ້ມກັນ Plan	<input type="checkbox"/> ແຜນຄຸ້ມຄອງຂັ້ນເພີ່ມທຸກ (\$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:	Expiry Date:	Premium:	ຄ່າປະກັນໄພ

4. ຂໍ້ມູນຜູ້ຮັບປະກັນໄພ / INSURED PERSONS

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

ລຳດັບ / No.	ຊື່ / Name	ສາຍສຳພັນກັບຜູ້ສະໝັກ / Relationship to Applicant
1		
2		
3		

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຕັດຕົດລາຍຊື່ພະນັກງານມາພ້ອມຖ້າຈຳນວນຄົນທີ່ສະໝັກມີຫຼາຍກວ່າຕາຕະລາງຂ້າງເທິງ. ແຜນປະກັນໄພທີ່ເລືອກສຳລັບຜູ້ຮັບປະກັນໄພແຕ່ລະຄົນຕ້ອງ ຄືກັນ. ຜູ້ຮັບປະກັນໄພແຕ່ລະຄົນຈຳເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມສະໝັກບຸກຄົນ ສະເພາະຂອງຕົນເອງ.

Note: Please attached a name list if you have more than above. The chosen Plan for each Insured Person must be the same. Each Insured Person need to fill in Individual Application Form.

5. ຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແບບເປັນກຸ່ມ / GROUP HEALTH QUESTIONNAIRE

ຈຸດປະສົງຂອງແບບສອບຖາມສຸຂະພາບແມ່ນເພື່ອປະເມີນເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບຂັ້ນເພີ່ນຖານສຳລັບຜູ້ຮັບປະກັນໄພທັງໝົດ ແລະ ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຜູ້ຮັບປະກັນໄພ ຖ້າມີ. ເພື່ອກຳນົດເງື່ອນໄຂການຮັບປະກັນໄພ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມລຸ່ມນີ້ຕາມຄວາມເປັນຈິງ. ເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບໃນປະຈຸບັນ: ໝາຍເຖິງການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ສະພາບຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈ, ເຊິ່ງຜູ້ຮັບປະກັນໄພ ໄດ້ຮັບການປິ່ງມະຕິ, ຄຳແນະນຳ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ຫຼື ໄດ້ກິນຢາເປັນປະຈຳ, ຫຼື ມີອາການທີ່ຊັດເຈນມາກ່ອນວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ສັນຍາປະກັນໄພ.

The purpose of the Health Questionnaire is to evaluate the health conditions for all the primary insured and each of his/her dependents if any. To determine the underwriting conditions, please answer the questions below truthfully. Pre-existing conditions: means any Illness or Injury, physical or mental condition, for which an Insured Person received any diagnosis, medical advice or treatment, or had taken any prescribed drug, or where distinct symptoms were evident prior to the effective date.

ກະລຸນາຕອບດ້ວຍຄວາມຈິງວ່າ **ແມ່ນ** ຫຼື **ບໍ່ແມ່ນ** ຕໍ່ກັບແຕ່ລະຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ສຳລັບຜູ້ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ແຕ່ລະຄົນທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ຖ້າມີ.
ສຳລັບແຕ່ລະຄຳຕອບ **ແມ່ນ**, ກະລຸນາອະທິບາຍແລະໃຫ້ລາຍລະອຽດ:
Please truthfully answer **YES** or **NO** to each of the following questions for the primary insured and each of his/her dependents if any. For each **YES** answer, please explain and provide details:

1. ປະຈຸບັນຢູ່ໃນການພັກຜ່ອນເຈັບປ່ວຍບໍ່? Currently on sick leave?	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
2. ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ເຕັມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຫ້າວຫັນໃນການເຮັດວຽກ, ຫຼື ຫຼຸດຜ່ອນການເຮັດວຽກຍ້ອນຄວາມເຈັບປ່ວຍໃນປີຜ່ານມາບໍ່? / Unable to be fully active in work, or reduced work load due to sickness during the last year?	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
3. ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ເຕັມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຫ້າວຫັນໃນການເຮັດວຽກ, ຫຼື ຫຼຸດຜ່ອນການເຮັດວຽກຍ້ອນຄວາມເຈັບປ່ວຍໃນປີຜ່ານມາບໍ່? Been diagnosed with, treated for any of the following catastrophic illnesses?		
a. ມະເຮັງ, ເນື້ອງອກ ຫຼື ຕ່ອມລູກໝາກທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ຫຼື ໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ໄລຍະເວລາ ຫນ້ອຍ ກວ່າ 2 ປີ ກ່ອນປະກັນໄພ cancer, tumors or cysts that have not yet been surgically removed or have surgically remove less than 2 years before insurance	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
b. ເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອງຕີບ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ໂລກເອດສ ຫຼື ເຊີ້ອ HIV stroke, heart disease, AIDS or HIV positive	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
c. ພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມ ຫຼື ຄວາມລົ້ມເຫຼວຂອງໝາກໄຂ່ຫຼັງ chronic kidney disease or renal failure	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
d. ຕັບອັກເສບ B, ຕັບອັກເສບ C, ຕັບແຂງ, ພະຍາດຕັບ, ມະເຮັງຕັບອັກເສບ, ຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ hepatitis B, hepatitis C, cirrhosis, liver disease, enlarge pancreas, ascites	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
e. ວັນນະໂຣກ, ເຈັບໜ້າເສັກ, ປອດອັກເສບຊຳເຮື້ອ, ຫຼອດປອດອັກເສບ SLE, ພະຍາດເລືອດຮຸນແຮງ ຫຼື ຕ້ອງການການສົ່ງເລືອດເປັນປະຈຳ. / Tuberculosis, chest pain, chronic pneumonia, chronic obstructive pulmonary diseases, emphysema SLE, severe blood disorder or need to receive blood regularly	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
f. ໂຣກເບົາຫວານ, ຄວາມດັນເລືອດສູງ diabetes, hypertension	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
g. ໂຣກ ພາກິນສັນ, ໂຣກສະໝອງເສື້ອມ ແລະ ບໍ່ສາມາດດູແລຕົນເອງ, ເປັນອຳມະພາດ, ຜິການ, ເຈັບປ່ວຍທາງຈິດ ຫຼື ຕິດຢາເສບຕິດ. Parkinson's disorder, dementia and unable to take care of themselves, paralysis, disability, psychosis or addiction to drug	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>
h. ເປັນໂລກຊຶມເສົ້າ, ມີຄວາມສ່ຽງໃນການຂ້າຕົວຕາຍບໍ່? Down's syndrome, Suicide attempted	ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/>

ຜູ້ຮັບປະກັນໄພທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຕ້ອງປະກອບແບບຟອມສະໝັກສ່ວນຕົວໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ລະອຽດຕາມຄວາມຈິງ.
Insured person needs to fill in Individual Application Form as truthfully and thoroughly as possible.

6. ການຢັ້ງຢືນ / DECLARATION

ຜູ້ຖືສັນຍາຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາຕົກລົງເຫັນດີວ່າແບບຟອມສະໝັກ ແລະ ການຢັ້ງຢືນ ຂໍ້ມູນສະບັບນີ້ຈະຖືກຖືເປັນສັນຍາ ແລະ ຈະເປັນພື້ນຖານຂອງສັນຍາລະຫວ່າງຂ້າພະເຈົ້າ/ຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ບໍລິສັດ ຜ່າຕາ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນໃດທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜິດບຽງ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດອາດເຮັດໃຫ້ແບບຟອມການສະໝັກນີ້ເປັນໂມຄະ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີ ວ່າຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບປະກັນໄພທັງໝົດມີສຸຂະພາບດີ ແລະ ປາສະຈາກຄວາມບໍ່ກຳລັງທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມອ່ອນແອໃດ (ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ຂ້າງເທິງ).

ຜູ້ຖືສັນຍາອະນຸຍາດໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ການແພດ, ຫ້ອງການປະກັນໄພ, ອົງການ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ໄດ້ມາໃນສັນຍາໃນລະຫວ່າງການກວດ ພະຍາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ກັບ ບໍລິສັດ ຜ່າຕາ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຍອມຮັບວ່າສໍາລັບຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພທັງໝົດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບທີ່ມີຢູ່ກ່ອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການ 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.

ວາຍເຊັນຂອງຕົວແທນ
SIGNATURE OF REPRESENTATIVE

ຈໍາກາ
STAMP

ວັນທີຢັ້ງຢືນ
DATE OF DECLARATION