

ແບບຟອມການສະໝັກສ່ວນຕົວ
INDIVIDUAL APPLICATION FORM

ຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ / IMPORTANT NOTES

ແບບຟອມນີ້ ແມ່ນໃຊ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ເປັນເອກະສານທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ປະກັນໄພ (ແບບຟອມສະໝັກ) ແມ່ນຂໍ້ມູນເພີ່ມທາງທີ່ຜູ້ປະກັນໄພ ນໍາໃຊ້ໃນການອອກສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໃຫ້ແກ່ສັນຍາປະກັນໄພ. ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໂດຍການຕອບຄໍາຖາມແຕ່ລະຄໍາຖາມໃຫ້ລະອຽດ. ເຊິ່ງແຕ່ລະຄໍາຕອບຈະມີການລະບຸວັນທີ ເດືອນ ປີ ທີ່ຕອບຄໍາຖາມ ເພື່ອໃຫ້ມີການດໍາເນີນການທັນເວລາ ແລະ ຫຼີກລ່ວງຄວາມລາຊ້າ. 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 <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. ຂໍ້ມູນການປະກັນ / INSURANCE INFORMATION

ໄລຍະຂອງການປະກັນໄພ Period of Insurance:	ຈາກ From:	ເຖິງ To:
ແຜນຄຸ້ມກັນ Plan	<input type="checkbox"/> ແຜນຄຸ້ມຄອງຂັ້ນເພີ່ມທາງ (\$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. ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ / HEALTH QUESTIONNAIRE

1. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາຈົນເຖິງປະຈຸບັນ, ທ່ານເຄີຍຕິດເຊື້ອ ຫຼື ມີອາການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ປະຈຸບັນໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ມີພະຍາດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້?
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:

<p>a. ມະເຮັງ, ເນື້ອງອກ ຫຼື ຕ່ອມລູກໝາກທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ຫຼື ໄດ້ຜ່າຕັດອອກ ໄລຍະເວລາ ຫນ້ອຍ ກວ່າ 2 ປີ ກ່ອນ ເຮັດປະກັນໄພ. / Cancer, tumors or cysts that have not yet been surgically removed or have surgically remove less than 2 years before insurance.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>b. ເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອງຕົບ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ໂລກເອດສ ຫຼື ເຊື້ອ HIV. / Stroke, heart disease, AIDS or HIV positive.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>c. ພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງລຸດໂລມ ຫຼື ຄວາມລົ້ມເຫຼວຂອງໝາກໄຂ່ຫຼັງ. Chronic kidney disease or renal failure.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>d. ຕັບອັກເສບ B, ຕັບອັກເສບ C, ຕັບແຂງ, ພະຍາດຕັບ, ມະເຮັງຕັບອັກເສບ, ຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ. / Hepatitis B, hepatitis C, cirrhosis, liver disease, enlarge pancreas, ascites.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>e. ອັນນະໂລກ, ເຈັບໜ້າເອິກ, ປອດອັກເສບລຳເຮື້ອ, ຫູອດປອດອັກເສບ SLE, ພະຍາດເລືອດຮຸນແຮງ ຫຼື ຕ້ອງການການສົ່ງເລືອດເປັນປະຈຳ. / Tuberculosis, chest pain, chronic pneumonia, chronic obstructive pulmonary diseases, emphysema SLE, severe blood disorder or need to receive blood regularly.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>f. ໂລກເບົາຫວານ, ຄວາມດັນເລືອດສູງ. Diabetes, hypertension.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>g. ພະຍາດ ພາກິນສັນ, ໂລກສະໝອງເສື້ອມ ແລະ ບໍ່ສາມາດດູແລຕົນເອງ, ເປັນອຳມະພາດ, ພິການ, ເຈັບປ່ວຍທາງຈິດ ຫຼື ຕິດຢາເສບຕິດ. / Parkinson's disorder, dementia and unable to take care of themselves, paralysis, disability, psychosis or addiction to drug.</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>h. ເປັນໂລກລຸ້ມເສົ້າ, ມີຄວາມສ່ຽງໃນການຂ້າຕົວຕາຍບໍ່? Down's syndrome, Suicide attempted?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາ, ເຈົ້າໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳຈາກທ່ານໝໍໃຫ້ຜ່າຕັດ ຫຼື ຮັບການປິ່ນປົວຕໍ່ໄປ ແລະ ບັງມະຕິພະຍາດ ຫຼື ຄວາມເຈັບປ່ວຍບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ຍັງມີຄວາມຜິດປົກກະຕິ/ຄວາມເຈັບປ່ວຍ/ສະພາບລຳເຮື້ອທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວບໍ່? 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?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິເສດການສະໝັກປະກັນໄພລືອດ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ຫຼື ປະກັນໄພເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງ ຫຼື ປະກັນອຸບັດຕິເຫດສ່ວນຕົວ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຕໍ່ອາຍຸສັ້ນຍາປະກັນໄພ 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?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນ, ປະກັນໄພເຈັບປ່ວຍສຳລັບການເຈັບປ່ວຍທີ່ຮຸນແຮງ, ປະກັນລືອດ ຫຼື ປະກັນອຸບັດຕິເຫດສ່ວນຕົວນຳບໍລິສັດປະກັນໄພ ຜ່າຕາ-ໂຕໃກ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນບໍ່? Do you have other Health insurance, Critical Illness Insurance, Life Insurance or Personal Accident Insurance with Forte-Toko or other insurers?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>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?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>6. ທ່ານສູບຢາບໍ່? ເມື່ອກ່ອນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ,ຢາສູບຈັກກອກ/ມື້ ສູບຢາໄລຍະຍາວ.....ຈັກປີ? ປະຈຸບັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ,ຢາສູບຈັກກອກ/ມື້ Do you smoke? In the past <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes,cigarette/day Long term smoking.....year(s)? Currently <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes,cigarette/day</p>		
<p>7. ພໍ່ແມ່, ຄູ່ສົມລົດ, ອ້າຍເຈົ້ອຍນ້ອງຂອງຜູ້ສະໝັກຖືກກວດຫາພະຍາດ ຫຼື ເສຍຊີວິດຍ້ອນອັນນະໂລກ, ພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ມະເຮັງ, ເສັ້ນເລືອດຕົນໃນສະໝອງ, ຄວາມລົ້ມເຫຼວໝາກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ມີເຊື້ອ 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?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>8. ປະຈຸບັນນີ້ທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນການຜິ່ນຕົວຈາກການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ອາການບາດເຈັບຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ກຳລັງຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍບໍ່? / Are you currently in the recovery from illness or injury from an accident or hospitalization in a medical facility?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>
<p>9. ທ່ານກິນຢາເປັນປະຈຳ ຫຼື ກິນຢາປົວພະຍາດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ຫຼື ເປັນພະຍາດລຳເຮື້ອບໍ່? / Do you regularly take medications or continuously or have underlying diseases or any chronic diseases?</p>	<p>ບໍ່ແມ່ນ No <input type="checkbox"/></p>	<p>ແມ່ນ Yes <input type="checkbox"/></p>

4. ການຢັ້ງຢືນ / DECLARATION

ຜູ້ຖືສັນຍາຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາຕົກລົງເຫັນດີວ່າແບບຟອມສະໝັກ ແລະ ການຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນສະບັບນີ້ຈະຖືກຖືເປັນສັນຍາ ແລະ ຈະເປັນພື້ນຖານຂອງສັນຍາລະຫວ່າງຂ້າພະເຈົ້າ/ຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ ແລະ ບໍລິສັດ ຝັດຕາ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພຈໍາກັດ ແລະ ຜູ້ຖືສັນຍາເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນໃດທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜິດປ່ຽງ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດອາດເຮັດໃຫ້ແບບຟອມການສະໝັກນີ້ເປັນໄມຄະ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຜູ້ສະໝັກຂໍຮັບປະກັນໄພທັງໝົດມີສຸຂະພາບດີ ແລະ ປາສະຈາກຄວາມບົກພ່ອງທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຄວາມອ່ອນແອໃດ (ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ຂ້າງເທິງ).

ຜູ້ຖືສັນຍາອະນຸຍາດໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ການແພດ, ຫ້ອງການປະກັນໄພ, ອົງການ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ໄດ້ມາໃນສັນຍາໃນລະຫວ່າງການກວດພະຍາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ກັບບໍລິສັດ ຝັດຕາ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຍອມຮັບວ່າສໍາລັບຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພທັງໝົດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບທີ່ມີຢູ່ກ່ອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກຜູ້ປະກັນໄພ.

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.

 ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ/
 ຜູ້ຖືສັນຍາປະກັນໄພ
 SIGNATURE OF APPLICANT/
 POLICYHOLDER

 ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງ
 ຖ້າຜູ້ສະໝັກອາຍຸຕໍ່າຍກວ່າ 18 ປີ
 SIGNATURE OF GUARDIAN
 (If insured person is less than 18)

 ວັນທີຢັ້ງຢືນ
 DATE OF DECLARATION