



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း

ပညာရေးအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

Education Life Insurance Proposal Form

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် -

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -

၁။	ပေါ်လစီရှင်၏အချက်အလက်	
	အမည်	- _____
	အမည်(အင်္ဂလိပ်)	- _____
	ကျား/မ	- _____
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်(လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- _____
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်(လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- () ခုနှစ် () လ () ရက်
	နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်(လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- () နှစ်
	အဘအမည်(လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- _____
	အလုပ်အကိုင်(လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- _____
	နေရပ်လိပ်စာ	- _____
		- _____
	ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	- _____
		- _____
	ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	- _____
		- _____
၂။	အာမခံထားသူ၏အချက်အလက်	
	အမည်	- _____
	အမည်(အင်္ဂလိပ်)	- _____
	ကျား/မ	- _____
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်	- _____
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- () ခုနှစ် () လ () ရက်
	နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- () နှစ်
	အဘအမည်	- _____
	အလုပ်အကိုင်	- _____
	နေရပ်လိပ်စာ	- _____
		- _____
	ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	- _____
		- _____
	ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	- _____
		- _____
၃။	အာမခံထားငွေ (ကျပ်)	- _____
၄။	အာမခံသက်တမ်း	- <input type="checkbox"/> ၉ နှစ် <input type="checkbox"/> ၁၁ နှစ် <input type="checkbox"/> ၁၄ နှစ်
၅။	ပရီမီယံသက်တမ်း	- <input type="checkbox"/> ၅ နှစ် <input type="checkbox"/> ၇ နှစ် <input type="checkbox"/> ၁၀ နှစ်
၆။	အကျိုးခံစားခွင့်ပုံစံ	- <input type="checkbox"/> Single Benefit <input type="checkbox"/> Double Benefit
၇။	ပရီမီယံကို မည်သို့ ပေးသွင်းမည်နည်း။	
	<input type="checkbox"/> ၁ လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> ၃ လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> ၆ လ တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> ၁ နှစ် တစ်ကြိမ်	

၈။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ် သိကျွမ်းသည့်မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)

အမည် - _____

သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် - _____

နေရပ်လိပ်စာ - _____

ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် - _____

၉။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ(များ)၏အချက်အလက်

အမည်	ကျား/မ	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်	မွေးသက္ကရာဇ်	တော်စပ်ပုံ	လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ Email	ရာခိုင်နှုန်း

၁၀။ ဤပညာရေးအသက်အာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ဝယ်ယူထားခြင်း ရှိ/မရှိ ရှိ မရှိ

၁၁။ ၁၀။ ၏ အဖြေသည် “ရှိ” ဖြစ်ပါက ၎င်းအာမခံနှင့်ပတ်သက်၍ အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါရန်

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် - _____

အာမခံပေါ်လစီအမှတ် - _____

အာမခံထားငွေ - _____

အာမခံစသည့်နေ့ - _____

အာမခံသက်တမ်း - _____

လက်ရှိတွင် ၎င်းအာမခံသည် တည်မြဲနေခြင်း ရှိ/မရှိ - _____

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာ(တင်ပြရပါက)ပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကြေညာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း နှင့် ကျွန်ုပ် ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီး များဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါ ဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ် ပျက်ပြယ်မည် ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

_____ မြို့နယ်၊ _____ ၌ _____ ခုနှစ်၊ _____ လ၊ _____ ရက်နေ့ တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ပေါ်လစီရှင်လက်မှတ် _____

အာမခံထားသူလက်မှတ် _____

အသိသက်သေ

လက်မှတ် - _____

အမည် - _____

ဖုန်းနံပါတ် - _____

ရက်စွဲ - _____

အသိသက်သေ

လက်မှတ် - _____

အမည် - _____

ဖုန်းနံပါတ် - _____

ရက်စွဲ - _____