



**မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း**  
**စာသင်သားအသက်အာမခံအဆိုလွှာ**  
**Student Life Insurance Proposal Form**

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် -

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -

၁။	အာမခံဝယ်ယူသူ၏အချက်အလက်		
	အမည်	-	_____
	ကျား/မ	-	_____
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်	-	_____
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- (        ) ခုနှစ် (        ) လ (        ) ရက်	
	နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- (        ) နှစ်	
	အဘအမည်	-	_____
	အလုပ်အကိုင်	-	_____
	နေရပ်လိပ်စာ	-	_____
		-	_____
	လုပ်ငန်းလိပ်စာ	-	_____
		-	_____
	ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-	_____
	အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	-	_____
၂။	အာမခံထားသူရင်သွေးငယ်၏အချက်အလက်		
	အမည်	-	_____
	ကျား/မ	-	_____
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်	-	_____
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- (        ) ခုနှစ် (        ) လ (        ) ရက်	
	နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- (        ) နှစ်	
	အမိအမည်	-	_____
	အဘအမည်	-	_____
	ပညာသင်ကြားနေသည့်ကျောင်း	-	_____
	ပညာသင်ကြားနေသည့်အတန်း	-	_____
	နေရပ်လိပ်စာ	-	_____
		-	_____
၃။	အာမခံထားငွေ (ကျပ်)	-	
၄။	အာမခံသက်တမ်း	- (        ) နှစ်	

၅။ ပရိမီယံကို 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
၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ် သိကျွမ်းသည့်မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်) အမည် - _____ သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် - _____ နေရပ်လိပ်စာ - _____ _____ _____ ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် - _____
၇။ ဤအာမခံကို အာမခံထားသူရင်သွေးငယ်အတွက် အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ဝယ်ယူထားခြင်း ရှိ/မရှိ <input type="checkbox"/> ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ
၈။ ၇။ ၏ 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။

အာမခံဝယ်ယူသူလက်မှတ် \_\_\_\_\_

**အသိသက်သေ**

**အသိသက်သေ**

လက်မှတ် - \_\_\_\_\_  
 အမည် - \_\_\_\_\_  
 ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_  
 ရက်စွဲ - \_\_\_\_\_

လက်မှတ် - \_\_\_\_\_  
 အမည် - \_\_\_\_\_  
 ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_  
 ရက်စွဲ - \_\_\_\_\_