

၁၃။ အာမခံထားငွေ _____/- စာသားဖြင့် _____

Sum Assured (Figure) _____

Words _____

၁၄။ အာမခံသက်တမ်း _____ နှစ်၊
 မှတ်ချက်။ အာမခံသက်တမ်းကို မိမိနှစ်သက်ရာ ၃ နှစ်၊ ၅ နှစ်၊ ၁၀ နှစ်
 ရွေးချယ်ထားရှိနိုင်ပါသည်။

Period of Cover _____

၁၅။ ဤအာမခံလုပ်ငန်းတွင် အသက်အာမခံထားရှိပြီးဖြစ်လျှင် အောက်ပါအတိုင်း ဖော်ပြပါ။

ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံထားငွေ	အာမခံထားသည့်ခုနှစ်	ပရီမီယံပေးသွင်းမှု အခြေအနေ

- ၁၆။ ယခင်က အာမခံထားရန် အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဖူးခြင်း ရှိ/မရှိ _____
- ၁၇။ အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဖူးခြင်းရှိလျှင် တင်ခဲ့သည့်ရက်စွဲ _____
- ၁၈။ အာမခံလုပ်ငန်းမှ လက်ခံရန် ငြင်းပယ်ခြင်း ရှိ/ မရှိ _____
- ၁၉။ အောက်ပါအချက်များကို ဖော်ပြပါ။
- (၁) ကိုယ်တွင်ထင်ရှားသော အမှတ်အသား _____
 - (၂) အရပ်အမြင့် _____
 - (၃) ကိုယ်အလေးချိန် _____

၂၀။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးခြင်း

စဉ်	အမည်	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်အမှတ်	မွေးသက္ကရာဇ်	တော်စပ်ပုံ	လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ Email	ရာခိုင်နှုန်း အချိုးအစား

- မှတ်ချက်။ ၁။ အာမခံထားသူ သေဆုံးလျှင် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိမည့်သူ (များ)ကို အာမခံထားသူက အထက်ပါ ဇယားတွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးရမည်။
- ၂။ မည်သူ (များ) ကိုမဆို ကြိုက်နှစ်သက်သည့် အချိုးအစားအတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်း ပေးနိုင်ပါသည်။
- ၃။ လွှဲပြောင်းထားပြီးသော အကျိုးခံစားခွင့်ကို ပြင်ဆင်ခြင်း၊ ဖြည့်စွက်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

၂၁။ သင်သည် အောက်ပါရောဂါများဖြစ်ဖူးပါသလား။

- (၁) အူကျခြင်း _____
- (၂) စိတ်ဖောက်ပြန်ခြင်း (သို့မဟုတ်) စိတ်ပင်ပန်းပြီး ဘုံးဘုံးလဲခြင်းများ _____
- (၃) မေ့ခြင်း၊ တက်ခြင်း _____
- (၄) နားရောဂါများ _____
- (၅) တံတွေးတွင် သွေးပါခြင်း (သို့မဟုတ်) အခြားသွေးယိုခြင်း _____
- (၆) ရင်ခေါင်း (သို့မဟုတ်) အဆုတ်ရောဂါ _____
- (၇) နှလုံးရောဂါ _____
- (၈) အစာအိမ်နှင့် အစာမကြေရောဂါ _____
- (၉) ကာလသားရောဂါ _____
- (၁၀) အသည်းရောဂါ _____
- (၁၁) မည်သည့်တီဘီရောဂါမဆို _____
- (၁၂) အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ _____
- (၁၃) ကိုယ်ခန္ဓာချို့ယွင်းမှု (သို့မဟုတ်) ရူပါရုပ်ဆင်းပျက်မှုဖြစ်ခြင်း _____
- (၁၄) ကျောက်ရောဂါဖြစ်ဖူးခြင်း _____
- (၁၅) ကျောက်ဆေးထိုးဖူးသလား _____
- (၁၆) အခြားသောရောဂါများရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ _____

၂၂။ သင်သည် ဘိန်း၊ ကိုကင်း၊ နီကိုတင်းနှင့် စွဲစေတတ်သော ဆေးဝါးများ သုံးစွဲဖူးပါသလား။

အထက်ပါ အချက်အလက်များကို မှန်ကန်စွာဖော်ပြပြီး အသက်အာမခံထားလိုကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။ အဆိုပါ အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်နှင့် မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်းတို့ ချုပ်ဆိုမည့် ပဋိညာဉ်အခြေခံအချက်များ ဖြစ်ကြောင်း သဘောတူညီပါသည်။

_____ မြို့နယ် _____ တွင် _____ ခုနှစ်
_____ လ _____ ရက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အသိသက်သေ

လက်မှတ်၊ _____

အမည်၊ _____ အာမခံထားသူလက်မှတ်

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊ _____

အလုပ်အကိုင်၊ _____

လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

၂၃။ အာမခံထားသူ ဝန်ထမ်းနှင့်တိုက်ရိုက်သက်ဆိုင်သည့် အရာရှိမှ လက်မှတ်ရေးထိုးရန်။ အဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်များနှင့် အဆိုပြုသူသည် မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာလျက်ရှိကြောင်း ထောက်ခံပါသည်။

ရုံးတံဆိပ်

လက်မှတ် _____

အမည် _____

ရာထူး _____

၂၄။ အဆိုလွှာပါ အချက်အလက်များအရ _____ ခုနှစ်၊ _____ အတွက်
ထုတ်လစာမှ _____ ခုနှစ်၊ _____ အတွက်ထုတ်လစာ
အထိ လစဉ်ပရီမီယံ _____ ကျပ် _____ ပြား ပေးသွင်းရမည်။

Date of Commencement

--	--	--	--	--	--	--	--

Maturity Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Annual Premium

--	--	--	--	--	--	--	--

Monthly Premium

--	--	--	--	--	--	--	--

၂၅။ အဆိုပါ အချက်အလက်များကို စိစစ်ချက်အရ _____
_____ လက်ခံနိုင်ရန် / ငြင်းပယ်နိုင်ရန် တင်ပြအပ်ပါသည်။

ကြီးကြပ်ရေးမှူး

လက်ထောက်မန်နေဂျာ

မန်နေဂျာ

လက်ထောက်အထွေထွေမန်နေဂျာ