

၁၂။ ဤအာမခံလုပ်ငန်း၌ အသက်အာမခံ ထားရှိပြီးဖြစ်လျှင် အောက်ပါအတိုင်းဖော်ပြပါ။

ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံထားပေးသူ	အာမခံထားသည့်ရက်စွဲ	ပရိုမီယ်ပေးသွင်းမှု အခြေအနေ
--------------	---------------	--------------------	-----------------------------

- ၁၃။ ယခင်က အာမခံထားရန် အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဘူးခြင်း၊ ရှိ/မရှိ _____
- ၁၄။ အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဘူးခြင်းရှိလျှင်၊ တင်ခဲ့သည့်ရက်စွဲ _____
- ၁၅။ အာမခံလုပ်ငန်းမှ ထွက်ခွာရန်ကြိုတင်ပေးခြင်း၊ ရှိ/မရှိ _____
- ၁၆။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း _____

စဉ် Sr:	အမည် Name of Assignees	အမျိုးသားမှတ်ပုံတင် - အမှတ် NRC No.	အဖေအမည် Father's Name	တော်စပ်ပုံ Relationship	အသက် Age	ရာခိုင်နှုန်း အမျိုးအစား Percentage

- မှတ်ချက်။ ၁။ အာမခံထားသူ ဆေးဆုံးလျှင် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိမည့်သူ(များ) ကို အာမခံထားသူက အထက်ပါဇယားတွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးရမည်။
- ၂။ မည်သူ(များ) ကိုမဆို ကြိုက်နှစ်သက်သည့် အမျိုးအစားအတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ပါသည်။
- ၃။ လွှဲပြောင်းထားခြင်းသော အကျိုးခံစားခွင့်ကို ပြင်ဆင်ခြင်း၊ ပြည့်စွက်ခြင်း၊ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

- ၁၇။ အောက်ပါအရာများဖြစ်စေပါသလား။
- (၁) အမှုကြမ်း _____
 - (၂) စိတ်ဆောက်ပြန်ခြင်း (သို့မဟုတ်) စိတ်ပင်ပန်းခြင်း ဘုံဘုံလဲခြင်းများ _____
 - (၃) မျှော်ခြင်း၊ တက်ခြင်း _____
 - (၄) နားရောဂါများ _____
 - (၅) တံဆွဲတွင် ဆွေးပါခြင်း (သို့မဟုတ်) အခြားသွေးယိုခြင်း _____
 - (၆) ရင်ခေါင်း (သို့မဟုတ်) အထုပ်ရောဂါ _____
 - (၇) နှလုံးရောဂါ _____
 - (၈) အစားအိမ်နှင့် အစာမကြေရောဂါ _____
 - (၉) ကာလသားရောဂါ _____
 - (၁၀) အသိရောဂါ _____

- (၁၁) မည်သည့်တီဘီရောဂါမဆို _____
- (၁၂) အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ _____
- (၁၃) ကိုယ်ခန္ဓာ ချွတ်ယွင်းမှု (သို့မဟုတ်) ခူပါရပ်ဆင်းပျက်မှုဖြစ်ခြင်း _____
- (၁၄) ကျောက်ရောဂါ ဖြစ်ဘူးခြင်း _____
- (၁၅) ကျောက်ဆေးထိုးဘူးသလား _____
- (၁၆) အခြားသောရောဂါများရှိလျှင် ဖော်ပြပါ _____

၁၈။ ဘိန်း၊ ကိုတင်း၊ နီကိုတင်းနှင့် ခွဲစေတတ်သော ဆေးဝါးများ သုံးစွဲဘူးပါသလား။

၁၉။ ဆောက်ပါအချက်များကို ဖော်ပြပါ။

- (၁) ကိုယ်တွင်ထင်ရှားသောအမှတ်အသား၊ _____
- (၂) အရပ်အမြင့်၊ _____
- (၃) ကိုယ်အလေးအချိန်၊ _____

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

_____ မြို့နယ် _____ တွင် _____ ခုနှစ် _____ ရက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အသိသက်သေ
 လက်မှတ်၊ _____
 အမည်၊ _____
 အမျိုးသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်၊ _____
 အလုပ်အကိုင် _____
 လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

_____ အာမခံထားသူလက်မှတ်

၂၀။ အမခံထားသူ ဝန်ထမ်းနှင့် တိုက်ရိုက်သက်ဆိုင်သည့် အရာရှိမှ လက်မှတ်ထိုးရန် အဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်များနှင့် အဆိုပြုသူသည် မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာလျက်ရှိကြောင်း ယောက်ခံပါသည်။

ရုံးတံဆိပ်

လက်မှတ် _____
အမည် _____
ရာထူး _____

၂၁။ အာမခံသက်တမ်း: _____ နှစ်၊
မှတ်ချက်။ အာမခံသက်တမ်းကို လာမည့်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက်မှ အသက်(၆၀)အထိထားရှိရပါမည်။

Period of Cover

--	--

၂၂။ အဆိုလွှာပါ အချက်အလက်များအရ _____ ခု၊ _____ အတွက်
ထုတ်လစာမှ _____ ခု၊ _____ အတွက် ထုတ်လစာ
အထိ လစဉ် ပရီမီယံ _____ ကျပ် _____ ပြား ပေးသွင်းရမည်။

Date of Commencement

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

Maturity Date

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

Annual Premium

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

Monthly Premium

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

၂၃။ အဆိုလွှာပါ အချက်အလက်များအရ
(၁) သာမန်နှုန်း: _____
(၂) အလုပ်အကိုင် အပိုကြေး: _____
(၃) ကျန်းမာရေး အပိုကြေး: _____ မြင့် လက်ခံနိုင်ရန် တင်ပြအပ်ပါသည်။

၂၄။ အဆိုလွှာပါ အချက်အလက်များကို စိစစ်ချက်အရ _____
_____ ငြင်းပယ်နိုင်ရန် တင်ပြအပ်ပါသည်။

ကြီးကြပ်ရေးမှူး

လက်ထောက်မန်နေဂျာ
ဒုတိယမန်နေဂျာ
မန်နေဂျာ