

၁၂။ ဤအာမခံလုပ်ငန်း၌ အသက်အာမခံထားရှိပြီးဖြစ်လျှင် အောက်ပါအတိုင်းဖော်ပြပါ။

ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံထားငွေ	အာမခံထားသည့်ခုနှစ်	ပရီမီယံပေးသွင်းမှု အခြေအနေ
--------------	-------------	--------------------	----------------------------

၁၃။ ယခင်က အာမခံထားရန် အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဘူးခြင်း ရှိ/မရှိ _____

၁၄။ အဆိုလွှာတင်ခဲ့ဘူးခြင်းရှိလျှင်၊ တင်ခဲ့သည့်ရက်စွဲ _____

၁၅။ အာမခံလုပ်ငန်းမှ လက်ခံရန်ငြင်းပယ်ခြင်း ရှိ/မရှိ _____

၁၆။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း _____

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

- မှတ်ချက်။
- ၁။ အာမခံထားသူသေဆုံးလျှင် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိမည့်သူ(များ)ကိုအာမခံထားသူက အထက်ပါဇယား တွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးရမည်။
 - ၂။ မည်သူ(များ)ကိုမဆို ကြိုက်နှစ်သက်သည့်အချိုးအစားအတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ပါ သည်။
 - ၃။ လွှဲပြောင်းထားပြီးသော အကျိုးခံစားခွင့်ကို ပြင်ဆင်ခြင်း၊ ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

၁၇။ အောက်ပါရောဂါများဖြစ်ဘူးပါသလား။

- (၁) အူကျခြင်း _____
- (၂) စိတ်ဖောက်ပြန်ခြင်း(သို့မဟုတ်) စိတ်ပင်ပန်းပြီး ဘုံးဘုံးလဲခြင်းများ _____
- (၃) မေ့ခြင်း၊ တက်ခြင်း _____
- (၄) နားရောဂါများ _____
- (၅) တံတွေးတွင် သွေးပါခြင်း (သို့မဟုတ်) အခြားသွေးယိုခြင်း _____
- (၆) ရင်ခေါင်း (သို့မဟုတ်) အဆုပ်ရောဂါ _____

(၇) နှလုံးရောဂါ _____

(၈) အစာအိမ်နှင့် အစာမကြေရောဂါ _____

(၉) ကာလသားရောဂါ _____

(၁၀) အသဲရောဂါ _____

(၁၁) မည်သည့်တီဘီရောဂါမဆို _____

(၁၂) အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ _____

(၁၃) ကိုယ်ခန္ဓာချွတ်ယွင်းမှု (သို့မဟုတ်) ရူပါရုပ်ဆင်းပျက်မှုဖြစ်ခြင်း _____

(၁၄) ကျောက်ရောဂါဖြစ်ဘူးခြင်း _____

(၁၅) ကျောက်ဆေးထိုးဘူးသလား _____

(၁၆) အခြားသောရောဂါများရှိလျှင် ဖော်ပြပါ _____

၁၈။ ဘိန်း၊ ကိုကင်း၊ နီကိုတင်းနှင့် စွဲစေတတ်သော ဆေးဝါးများ သုံးစွဲဘူးပါသလား။

၁၉။ အောက်ပါအချက်များကို ဖော်ပြပါ။

(၁) ကိုယ်တွင်ထင်ရှားသောအမှတ်အသား၊ _____

(၂) အရပ်အမြင့်၊ _____

(၃) ကိုယ်အလေးချိန်၊ _____

အထက်ပါ အချက်အလက်များကို မှန်ကန်စွာဖော်ပြပြီး အသက်အာမခံထားလိုကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။
အဆိုပါအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်နှင့်မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်းတို့ ချုပ်ဆိုမည့်ပဋိညာဉ်အခြေခံအချက်များဖြစ်
ကြောင်း သဘောတူညီပါသည်။

_____ မြို့နယ် _____ တွင် _____ ခုနှစ် _____
_____ ရက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အသိသက်သေ

လက်မှတ်၊ _____

အမည်၊ _____

အာမခံထားသူလက်မှတ်

အမျိုးသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်၊ _____

အလုပ်အကိုင်၊ _____

လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

၂၀။ အာမခံထားသူ ဝန်ထမ်းနှင့်တိုက်ရိုက်သက်ဆိုင်သည့် အရာရှိမှလက်မှတ်ထိုးရန်အဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်များနှင့် အဆိုပြုသူသည် မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာလျက်ရှိကြောင်း ထောက်ခံပါသည်။

ရုံးတံဆိပ်
လက်မှတ် _____
အမည် _____
ရာထူး _____

၂၁။ အာမခံသက်တမ်း _____ နှစ်၊
မှတ်ချက်၊ အာမခံသက်တမ်းကို မိမိနှစ်သက်ရာ ၃ နှစ်၊ ၅ နှစ်၊ ၁၀ နှစ် ရွေးချယ်ထားရှိနိုင်သည်။

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 အချက်အလက်များကို စိစစ်ချက်အရ _____
_____ ငြင်းပယ်နိုင်ရန် တင်ပြအပ်ပါသည်။

ကြီးကြပ်ရေးမှူး

လက်ထောက်မန်နေဂျာ

မန်နေဂျာ