



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း
 MYANMA INSURANCE
 တပ်မတော်သားအသက်အာမခံ အဆိုလွှာ

MILITARY PERSONNEL LIFE INSURANCE PROPOSAL FORM

ပေါ်လစီအမှတ် _____

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

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

၁။ အမည် _____

Name _____

၂။ အမျိုးသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

NRC No. _____

၃။ အဘအမည် _____

Father's Name _____

၄။ အလုပ်အကိုင်အပြည့်အစုံ _____

Occupation _____

၅။ ရုံး/လုပ်ငန်းဌာန _____

Dept Address _____

၆။ အမြဲတမ်းနေထိုင်သည့် နေရပ်လိပ်စာ _____

Permanent Address _____

၇။ မွေးသက္ကရာဇ် _____ ခုနှစ်၊ _____ လ၊ _____ ရက်။

Date of Birth _____

(မှတ်ချက်။ မွေးသက္ကရာဇ်ဖော်ပြရာတွင်အမှုထမ်းစာအုပ်ပထမစာမျက်နှာ

အတိုင်းဖော်ပြပေးပါရန်)

၈။ မွေးဖွားရာဒေသ _____

Place of Birth _____

၉။ လာမည့်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက် _____

Age Next Birthday _____

၁၀။ အမြဲတမ်းလစာ _____

Salary _____

၁၁။ အာမခံထားငွေ _____ /- စာသားဖြင့် _____

Sum Assured (Figure) _____

Words _____

FOR OFFICE

USE ONLY

S/D & T/S

--	--	--	--	--

--	--	--	--

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

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

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 အထက် ပါဇယား တွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးရမည်။

၂။ မည်သူ(များ)ကိုမဆို ကြိုက်နှစ်သက်သည့်အချိုးအစားအတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်း ပေးနိုင်ပါ သည်။

၃။ လွှဲပြောင်းထားပြီးသော အကျိုးခံစားခွင့်ကို ပြင်ဆင်ခြင်း၊ ဖြည့်စွက်ခြင်း၊ ပြုလုပ်နိုင်ပါ သည်။

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 အချက်များ နှင့် 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