



# အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ (ပြင်းထန်သော ရောဂါဖြစ်မှု) (အာမခံဝယ်ယူသူ/အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူက ဖြည့်သွင်းရန်)

အာမခံအမျိုးအစား ..... ရက်စွဲ .....

ပေါ်လစီအမှတ် ..... တောင်းခံလွှာအမှတ်စဉ် .....

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံပေါ်လစီ၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံလိုပြီး အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို တင်ပြအပ်ပါသည်။

### အာမခံဝယ်ယူသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ ..... မွေးသက္ကရာဇ် .....

ကျား/မ ..... နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

အလုပ်အကိုင် ..... အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

### အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ ..... မွေးသက္ကရာဇ် .....

ကျား/မ ..... နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

အလုပ်အကိုင် ..... အာမခံပေါ်လစီဝယ်ယူသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

အကယ်၍ ဤပေါ်လစီသည် အစုအဖွဲ့ အသက်အာမခံပေါ်လစီ ဖြစ်ပါက အောက်ပါတို့ကိုလည်း ဖြည့်သွင်းပေးပါ။

ရာထူး/ဌာန .....

အလုပ်စတင်ဝင်ရောက်သည့်နေ့ .....

အလုပ်လိပ်စာ .....

ပြင်းထန်သော ရောဂါကုသမှု အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

၁။ ကနဦးအဆင့်အတွက် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် ရယူပြီးဖြစ်ပါသလား  ရယူပြီးပါပြီ  မရယူထားပါ

၂။ ပြင်းထန်သော ရောဂါအမျိုးအစား (Dai-ichi Life မှ ဆုံးဖြတ်ရန်)  ကနဦးအဆင့်  နှောင်းပိုင်းအဆင့်

၃။ အသက်အာမခံထားသူ ခံစားနေရသော နာမကျန်းမှုကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ (ရောဂါလက္ခဏာများနှင့် ရောဂါ၏ သဘောသဘာဝ အပါအဝင်)

.....  
.....  
.....  
.....

၄။ အဆိုပါ ရောဂါလက္ခဏာများ မည်သည့်အချိန်က စတင်ပေါ်ပေါက်လာခဲ့သနည်း။

.....

၅။ အသက်အာမခံထားသူသည် လက်ရှိခံစားနေရသော နာမကျန်းမှုနှင့် တူညီသော သို့မဟုတ် ဆင်တူသော သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်သော နာမကျန်းမှုကို ခံစားခဲ့ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးခြင်း ရှိပါသလား။

ရှိပါသည်  မရှိပါ

အကယ်၍ ရှိပါက အသေးစိတ်ကို ဖော်ပြပေးပါ။

.....  
.....  
.....

၆။ အထက်ဖော်ပြပါ ရောဂါလက္ခဏာများနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး အသက်အာမခံထားသူအနေဖြင့် ဆရာဝန်/အထူးကုဆရာဝန်ထံ မည်သည့်နေ့ရက်တွင် သွားရောက်ပြသခဲ့သနည်း။

\_\_/\_\_/\_\_ (DD/MM/YYYY)

၇။ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

ရက်စွဲ	ဆရာဝန်၏ အမည်	ဆေးရုံ/ဆေးခန်း၏ အမည်	မှတ်ချက်

၈။ ရောဂါအမည်ကို ဖော်ပြပါ။ ရောဂါအမည် အတည်ပြုသော ရက်စွဲအတိအကျ (DD/MM/YYYY) ကို ဖော်ပြပါ။

.....

၉။ ရောဂါအမည်ကို ပထမဆုံး အတည်ပြုပေးသော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့် လိပ်စာ၊ ရောဂါအမည်ကို ပထမဆုံး အတည်ပြုစဉ်က ပြသ/တက်ရောက်ခဲ့သည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်း၏ အမည်နှင့် လိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။

.....

.....

၁၀။ အသက်အာမခံထားသူအနေဖြင့် အဆိုပါရောဂါရရှိပြီးနောက် ခွဲစိတ်ကုသမှု တစ်စုံတစ်ရာ ခံယူရခြင်း ရှိပါသလား။

ရှိပါသည်

မရှိပါ

အကယ်၍ ရှိပါက အသေးစိတ် အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးပါ။

.....

.....

.....

၁၁။ အသက်အာမခံထားသူသည် အခြား အာမခံကုမ္ပဏီ/များတွင်လည်း အာမခံ ပေါ်လစီ ဝယ်ယူထားပါက အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည် .....

ပေါ်လစီအမှတ် .....

အာမခံထားငွေပမာဏ .....

**အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏ အချက်အလက်များ**

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူသည်  အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ  တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ  အခြား: .....

အမည်အပြည့်အစုံ ..... မွေးသက္ကရာဇ် .....

ကျား/မ ..... နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

အလုပ်အကိုင် ..... အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ (ရှိခဲ့လျှင်)နှင့် တော်စပ်ပုံ .....

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏ .....ကျပ် ရာခိုင်နှုန်းဖြင့် ဖော်ပြရန် .....%

အကယ်၍ အာမခံပေါ်လစီတွင် အရံအကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ ရှိခဲ့လျှင် အောက်ပါအချက်အလက်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

**အရံအကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏ အချက်အလက်များ**

အမည်အပြည့်အစုံ ..... မွေးသက္ကရာဇ် .....

ကျား/မ ..... နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

အလုပ်အကိုင် ..... အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ(ရှိခဲ့လျှင်)နှင့် တော်စပ်ပုံ .....

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏ .....ကျပ် ရာခိုင်နှုန်းဖြင့်ဖော်ပြရန် .....%

**အကျိုးခံစားခွင့်အား အောက်ဖော်ပြပါ နည်းလမ်းဖြင့် ရယူပါမည်။**

- ၁။ အီလက်ထရောနစ် ငွေပေးချေမှုပုံစံ
  - ဘဏ်မှတစ်ဆင့်လွှဲခြင်း (ပုံမှန်ပရီမီယံပေးသွင်းနေကျဘဏ်)
  - ဘဏ်မှတစ်ဆင့်လွှဲခြင်း (အခြားဘဏ်အကောင့် သို့မဟုတ် အခြားဘဏ်)
  - Mobile wallet (Mobile wallet အမည် ..... / အကောင့်နံပါတ် .....) )

(ဘဏ်မှတစ်ဆင့်လွှဲခြင်းနည်းလမ်းကို ရွေးချယ်ပါက အောက်ပါအသေးစိတ် အချက်အလက်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ)

အကောင့်ပိုင်ရှင် အမည်	အကောင့်နံပါတ်
ဘဏ်အမည်	ဘဏ်ခွဲအမည်
မြို့	

၂။ အခြားသောနည်းလမ်း (ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ) .....

**အာမခံတောင်းခံသူက ကတိပြုခြင်း**

- ဤတောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကတိပြုပါသည်။
- Dai-ichi Life Insurance Myanmar Ltd. သည် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မပြည့်စုံဟု ဆုံးဖြတ်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ မှားယွင်း ဖော်ပြထားသည်ဟု ဆုံးဖြတ်ပါက အတည်ပြုရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် နောက်ထပ် အချက်အလက်များ တောင်းခံခွင့်ရှိကြောင်း နှင့် အာမခံပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်အရ အာမခံ တောင်းခံမှုကို ဆောင်ရွက်နိုင်ကြောင်း ထပ်မံ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
- အသက်အာမခံ ထားသူ၏ မှတ်တမ်းများ သို့မဟုတ် အချက်အလက်များကို သိမ်းဆည်းထားသော သို့မဟုတ် ရရှိထားသော ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းမှ ဝန်ထမ်းများ၊ ဆရာဝန်များ သို့မဟုတ် ဆေးစင်တာများ၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ အဖွဲ့အစည်းများ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များသည် Dai-ichi Life Insurance Myanmar Ltd. က လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို Dai-ichi Life Insurance Myanmar Ltd. သို့မဟုတ် ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်ထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။

အသက်အာမခံ ဝယ်ယူသူ/အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏ လက်မှတ် (သို့) လက်မလက်ဗွေရာ

.....

အသက်အာမခံပေါ်လစီ ဝယ်ယူသူ/အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏အမည်

.....

ရက်စွဲ .....

သက်သေ/ ကိုယ်စားလှယ် ၏ လက်မှတ်

.....

အမည်

.....

ကိုယ်စားလှယ် အမှတ်

.....

ရက်စွဲ .....

**အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံရာတွင် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများ**

- ဤတောင်းခံလွှာအပြည့်အစုံ
- ကုသမှုပေးသော ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံထွက်ဆိုချက် (သမားတော်/ခွဲစိတ်အထူးကုဆရာဝန် သို့မဟုတ် အခြားသက်ဆိုင်ရာ အထူးကုဆရာဝန်)
- မွေးစာရင်း၊ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ မွေးစာရင်း၊ လက်ထပ်စာချုပ် မိတ္တူမှန် သို့မဟုတ် အသက်အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ(များ)တို့အကြား တော်စပ်မှုကို သက်သေပြနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ
- (ဓာတ်ခွဲစစ်ဆေးမှုအဖြေများ၊ ဆေးမှတ်တမ်းများ၊ ခွဲစိတ်ကုသမှု မှတ်တမ်းများ အပါအဝင်) အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ