



အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ (သေဆုံးမှု/ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု)

အာမခံအမျိုးအစား: ရက်စွဲ

ပေါ်လစီအမှတ် တောင်းခံလွှာအမှတ်စဉ်

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံပေါ်လစီအမျိုးအစား၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံလိုပါသဖြင့် အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို တင်ပြအပ်ပါသည်။

အာမခံ ဝယ်ယူသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ မွေးသက္ကရာဇ်

ကျား/မ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် အီးမေးလ်

အလုပ်အကိုင် အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ

အကျိုးခံစားခွင့် အမျိုးအစား

အမျိုးအစား
<input type="checkbox"/> သေဆုံးမှု
<input type="checkbox"/> ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု

အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ မွေးသက္ကရာဇ်

ကျား/မ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် အီးမေးလ်

အလုပ်အကိုင် အာမခံပေါ်လစီဝယ်ယူသူနှင့်တော်စပ်ပုံ

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုမတိုင်မီ လုပ်ကိုင်ခဲ့သော အလုပ်အကိုင်

အလုပ်လုပ်ခဲ့သော နောက်ဆုံးရက်

ရုံး/ကုမ္ပဏီ/အလုပ်လိပ်စာ

သေဆုံးသည့်/ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်သည့်နေ့ အချိန်

သေဆုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်း

သေဆုံးသည့်ရက်စွဲ အချိန်

သေဆုံးသည့်နေရာ

သေဆုံးရသည့် အကြောင်းရင်း (တိကျသော အကြောင်းပြချက် ပေးပါရန်)

ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်း

ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု ပထမဆုံးစတင်ဖြစ်ပေါ်သည့်နေ့ အကြောင်းအရင်း

မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အခြေအနေ

ဆေးကုသမှုခံယူသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံ

ကုသပေးသော ဆရာဝန်၏အမည်

မတော်တဆမှုကြောင့် ထာဝစဉ် မသန်စွမ်းဖြစ်ခဲ့လျှင် မတော်တဆမှု ဖြစ်ပွားသည့်နေရာနှင့် ဖြစ်စဉ်အသေးစိတ်ကို ဖော်ပြပါ။

သေဆုံးမှု/ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု မတိုင်မီ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း (သက်ဆိုင်ရာဆေးမှတ်တမ်းများ ရှိပါက ပူးတွဲတင်ပြပါ)

ရောဂါအမည်

ဆေးကုသမှုစတင်ခံယူသောနေ့ ဆေးကုသမှု ခံယူရသောကာလအပိုင်းအခြား

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည် ဆေးရုံ/ဆေးခန်း၏ဖုန်းနံပါတ်

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းလိပ်စာ

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 ငွေပမာဏကျပ် ရာခိုင်နှုန်းဖြင့် ဖော်ပြရန်%

အကယ်၍ အာမခံပေါ်လစီတွင် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ ရှိခဲ့လျှင် အောက်ပါအချက်အလက်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ မွေးသက္ကရာဇ်

ကျား/မ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် အီးမေးလ်

အလုပ်အကိုင် အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ(ရှိခဲ့လျှင်)နှင့် တော်စပ်ပုံ

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏကျပ် 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. (“**Dai-ichi Life**”) 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** က လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို **Dai-ichi Life** သို့မဟုတ် ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်ထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။

အသက်အာမခံ တောင်းခံသူ၏
လက်မှတ် (သို့) လက်မလက်ဗွေရာ

.....

အသက်အာမခံ တောင်းခံသူ၏ အမည်

.....

ရက်စွဲ

သက်သေ/ ကိုယ်စားလှယ် ၏
လက်မှတ်

.....

အမည်

.....

ကိုယ်စားလှယ် အမှတ်

.....

ရက်စွဲ

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံရာတွင် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများ

- ဤတောင်းခံလွှာအပြည့်အစုံ
- သေစာရင်း မိတ္တူ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းမှ တာဝန်ရှိသူတို့မှ ထုတ်ပေးထားသော ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အတည်ပြုစာ
- မွေးစာရင်း၊ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ လက်ထပ်စာချုပ် မိတ္တူမှန် သို့မဟုတ် အသက်အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ(များ)တို့အကြား တော်စပ်မှုကို သက်သေပြနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ
- အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ