



# အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ (ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှု)

ရက်စွဲ .....dd/mm/yyyy..... ပေါ်လစီအမှတ် .....

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

### အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ

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

နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

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

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ (အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလိုသော အချက်(များ)ကို ရွေးချယ်ပါ။  
လိုအပ်သော မူရင်းဆေးမှတ်တမ်းများ၊ မူရင်းအချက်အလက်များနှင့် မူရင်းပြေစာများကို ပူးတွဲတင်ပြပါ)

- နေ့စဉ်ဆေးရုံတက်ကုသမှုစရိတ်
- အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်သို့ တက်ရောက်ကုသမှုစရိတ်

ဆေးရုံတက်ရောက်ခြင်း အကြောင်းအရင်း  
.....  
.....  
.....

ရိုးရိုးလူနာဆောင်တွင် ကုသမှုခံယူရခြင်း .....dd/mm/yyyy..... မှ ...dd/mm/yyyy..... အထိ

အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်တွင် ကုသမှုခံယူရခြင်း .....dd/mm/yyyy..... မှ ...dd/mm/yyyy..... အထိ

ဆေးရုံအမည် .....

ဆေးရုံလိပ်စာ .....

ကုသပေးသော ဆရာဝန်(များ)၏ အမည် .....

**အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံသူ၏ အချက်အလက်များ**

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူသည်  အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ  တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ  အခြား: .....

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

နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ ..... ဖုန်းနံပါတ် .....

အိမ်မေးလ် ..... အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏ ..... ကျပ်

**အကျိုးခံစားခွင့်အား အောက်ဖော်ပြပါ နည်းလမ်းဖြင့် ရယူပါမည်။**

အကောင့်ပိုင်ရှင် အမည်	အကောင့်နံပါတ်
ဘဏ်အမည်	ဘဏ်ခွဲအမည်
မြို့	

**အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူက ကတိပြုခြင်း**

- ဤတောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကတိပြုပါသည်။
- ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မပြည့်စုံ နှင့်/သို့မဟုတ် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ မှားယွင်း ဖော်ပြထားသည်ဟု **Dai-ichi Life Insurance Myanmar Ltd.** က ဆုံးဖြတ်ပါက စစ်ဆေးအတည်ပြုရန် အလို့ငှာ နောက်ထပ် အချက်အလက်များ တောင်းခံခွင့်ရှိကြောင်း၊ အာမခံပေါ်လစီ စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များအရ အာမခံ တောင်းခံမှုကို ဆောင်ရွက်နိုင်ကြောင်း ထပ်မံ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
- အသက်အာမခံထားသူ၏ မှတ်တမ်းများ သို့မဟုတ် အချက်အလက်များကို သိမ်းဆည်းထားသော သို့မဟုတ် ရရှိထားသော ဆေးရုံ/ဆေးခန်းမှ ဝန်ထမ်းများ၊ ဆရာဝန်များ သို့မဟုတ် ဆေးစင်တာများ၊ ရဲ၊ 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။

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏  
လက်မှတ် (သို့) လက်မလက်ဗွေရာ

.....

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏အမည်

.....

ရက်စွဲ

.....

သက်သေ/ ကိုယ်စားလှယ် ၏ လက်မှတ်

.....

အမည်နှင့် ကိုယ်စားလှယ် အမှတ်

.....

ရက်စွဲ .....

**အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံရာတွင် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများ**

- ဤအာမခံတောင်းခံလွှာ (ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖြစ်ရပါမည်)
- ဆေးရုံမှ ထုတ်ပေးသော ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းများ၊ စာရွက်စာတမ်းများ
- ကုသမှုပေးသော ဆရာဝန် (သို့မဟုတ်) သက်ဆိုင်ရာ ကုသဆောင် တာဝန်ရှိ ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံထွက်ဆိုချက် (သမားတော်/  
ခွဲစိတ်အထူးကုဆရာဝန် သို့မဟုတ် အခြားသက်ဆိုင်ရာ အထူးကုဆရာဝန်)
- သက်ဆိုင်ရာ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ဓာတ်ခွဲခန်း၊ ကျောက်ကပ်ဆေးဌာနများမှ ထုတ်ပေးသော ဆေးကုသမှု ကုန်ကျစရိတ် ပြေစာ၊  
မှတ်တမ်းများ (မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပြရမည်ဖြစ်ပြီး သက်ဆိုင်ရာ ဌာန၏ တံဆိပ်တုံး ပါရှိရပါမည်)
- အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံသူ၏ နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ်/ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်
- အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/ စာရွက်စာတမ်းများ