



အဆိုလွှာအမှတ်  
 Proposal No.

**သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE**

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်မူတည်၍ ဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲပြောင်းဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်းချုပ်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။  
 You are to disclose in this proposal form fully and faithfully all facts which you know or ought to know, otherwise the insurance effected may be voided.

ကိုယ်စားလှယ်အမည် Agent's Name		ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် Agent's No.			
အာမခံထားသူအမည် Name of Insured		အဘအမည် Father's name			
အသက် Age	မွေးသက္ကရာဇ် Date Of Birth	ခုနှစ် Year	လ Month	ရက် Day	
အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.		အလုပ်အကိုင် Occupation			
အာမခံထားသူ၏ နေရပ်လိပ်စာ Insured's Address	No. Building (ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	အီးမေးလ် Email				
အာမခံထားငွေ Sum Insured	အာမခံသက်တမ်း Policy Term				
ငွေပေးချေပုံ Payment	ငွေသား Cash <input type="checkbox"/>	ဘဏ် Bank <input type="checkbox"/>	ဘဏ်အမည် Bank Name <input type="text"/>		

<b>အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးခြင်း</b> ASSIGNMENT OF BENEFITS					
အမည် Name		မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth		တော်စပ်ပုံ Relationship	
နိုင်ငံသား မှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.			လွှဲပြောင်းမည့်အချိုးအစား Percentage of benefit to be transferred		
နေရပ်လိပ်စာ Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No	အီးမေးလ် Email				

<b>အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ</b> INSURANCE WITH OTHER COMPANIES						
ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက Do you have or have you had this insurance policy with any other insurers?					ရှိ Yes <input type="checkbox"/>	မရှိ No <input type="checkbox"/>
အာမခံကုမ္ပဏီအမည် Insurance Company Name		အာမခံထားငွေ Sum Insured Amount				
ပေါ်လစီအမှတ် Policy No.		ဝယ်ယူသည့်အာမခံ အကာအကွယ် Purchased plan				
ဝယ်ယူသည့်ယူနစ် အရေအတွက် Purchased unit(s)		အာမခံသက်တမ်း Policy term		မှ From	အထိ To	



**အာမခံထားရန် အဆိုပြုသူ၏ လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ**  
Current Health Condition

လွန်ခဲ့သည့် (၃) လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှု ခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း၊  
(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။  
Were you given a prescription for any medications or did you undergo any, medical examination, medical check-up or treatment. (Including hospitalization and surgery) during the past (3) months?

ရှိ  မရှိ   
Yes No

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ  
Health Condition of the past (5) years

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ဆေးရုံတက်ဖူးပါသလား။ တက်ဖူးပါက မည်သည့်ရောဂါကြောင့်တက်သနည်း။  
Have you ever had hospitalization during last (5) years? Describe cause of hospitalization?

ရှိ  မရှိ   
Yes No

ရောဂါအမည်  
Name of disease

ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းအမည်  
Name of clinic (or) hospital

ဆရာဝန်အမည်  
Name of Doctor

ကုသသည့်ကာလ  
Period of treatment

လက်ရှိအခြေအနေ  
Current Condition

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး   
Cured

ကုသနေဆဲ   
Undergoing treatment

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ   
Monitoring

ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိပါက ဖော်ပြရန်  
Any specific instructions from attending physician

ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။  
Do you smoke now (or) during last (12) months?

သောက်သည်  မသောက်ပါ   
Yes No

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ်  
How long have you been smoking?(Year)

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ   
Daily Sometimes

နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက်  
Daily amount of cigarettes

အရက်စွဲစွဲခြံခြံ သောက်ပါသလား။  
Do you drink alcohol?

သောက်သည်  မသောက်ပါ   
Yes No

အရက်သောက်သည့်နှစ်  
How long have you been drinking alcohol?(Year)

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ   
Daily Sometimes

တစ်နေ့လျှင် မည်မျှသောက်ပါသလဲ  
How much do you drink alcohol a day?

ကိုယ်ဝန်  
Pregnancy

လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ်ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်းဖြစ်နေသည်ဟုယူဆသည့်  
လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။  
Have you got pregnancy now or Amenorrhoea, Nausea and vomiting symptoms?

ရှိ  မရှိ   
Yes No



**ဝန်ခံချက် Declaration**

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။  
 I, hereby, guarantee that the information provided above are true and reflected my current health condition.

ကိုယ်စားလှယ်/  
 အသိသက်သေလက်မှတ်  
 Witness's Signature -----

အာမခံထားသူလက်မှတ်  
 Insured's Signature -----

အသိသက်သေအမည်  
 Witness's Name -----

အာမခံထားသူအမည်  
 Insured's Name -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်  
 NIC No. -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်  
 NIC No. -----

ဖုန်းနံပါတ်  
 Phone No. -----

ဖုန်းနံပါတ်  
 Phone No. -----

လိပ်စာ  
 Address -----

လိပ်စာ  
 Address -----

ရက်စွဲ  
 Date -----

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူအနေဖြင့် အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကောင်း/မကောင်း မှတ်ချက်ပြုပါရန်။  
 Please recommend health condition of insured upon visual check as underwriter.

ကောင်း

မကောင်း

-----  
 အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူလက်မှတ်  
 Signature of underwriter

အမည်  
 Name -----

ရာထူး  
 Position -----