



**GROUP LIFE
INSURANCE PROPOSAL**
စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ



အဆိုလွှာအမှတ်
Proposal No.

သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

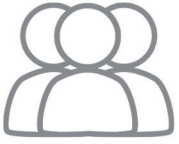
အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆွဲစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။
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.
----------------------------------	----------------------------------

ဝန်ထမ်းအမည် Name of Employee	အဘအမည် Father's name				
အမျိုးသား/ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.	ဝန်ထမ်းမှတ်ပုံတင်အမှတ် Employee's Registration Card No.				
ဝန်ထမ်းနေရပ်လိပ်စာ Employee's Address	မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
အလုပ်ဌာနလိပ်စာ Company's Address	မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
အလုပ်အကိုင် Occupation	အလုပ်ဌာနအမည် Name of Department				
ဖုန်းနံပါတ် Phone	အီးမေးလ် Email				
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth				
အာမခံထားငွေ Sum Insured	အာမခံသက်တမ်း Term				

ငွေပေးချေပုံ Payment	ငွေသား Cash <input type="checkbox"/>	ဘဏ် Bank <input type="checkbox"/>	ဘဏ်အမည် Bank Name <input type="text"/>
-------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------

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



**GROUP LIFE
INSURANCE PROPOSAL**
စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ



ကျွန်တော်/ ကျွန်မ သည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါအချက်များမှန်ကန်ပါသည်။

I declare that I am healthy and the above statements

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

အသိသက်သေအမည်
Witness's Name -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်
NIC No. -----

ဖုန်းနံပါတ်
Phone No. -----

လိပ်စာ
Address -----

ရက်စွဲ
Date -----

ဝန်ထမ်းလက်မှတ်
Signature of Employee -----

ဝန်ထမ်းအမည်
Name of Employee -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်
NIC No. -----

ဖုန်းနံပါတ်
Phone No. -----

အလုပ်ရှင်လက်မှတ်
Signature of Employer

အမည်
Name -----

နေ့စွဲ ရက် လ ခုနှစ်
Date Day Month Year

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်)
Signature of Employer