



HEALTH INSURANCE PROPOSAL

ကျန်းမာရေး အာမခံအဆိုလွှာ



AMI Life

အသက်အာမခံ

အာမခံအမျိုးအစား
Type of Insurance

ကျန်းမာရေးအာမခံ
Health Insurance

ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံ
Critical Illness Insurance

လူထုအခြေပြုကျန်းမာရေးအာမခံ
Micro Health insurance

Quotation No.

အဆိုလွှာအမှတ်
Proposal No.

ကိုယ်စားလှယ်အမည်
Agent's Name

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်
Agent's No.

အာမခံထားသူအမည်
Insured person's name

အဘအမည်
Father's name

မွေးသက္ကရာဇ်(လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်)
Date of Birth(Age in next birthday)

မွေးဖွားရာဇာတိ
Place of birth

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ
Marital status

ရှိ
Married

မရှိ
Single

လူမျိုး
Ethnicity

ကျား/မ
Gender

ကျား
Male

မ
Female

အရပ်
Height

ပေ
Feet

လက်မ
Inches

ကိုယ်အလေးချိန်
Weight Lb

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး
ကတ်အမှတ် NIC No.

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်
Passport no.

အလုပ်အကိုင်
Occupation

လိပ်စာ
Address

No. Building (ဦးဆုံးပတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

တယ်လီဖုန်းအမှတ်
Telephone No.

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဓေတုနေထိုင်သူဖြစ်ပါက
(အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/ လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/ အခြားကိစ္စများ)
If you are foreigner, you are- On work visa/ visit
visa/ others

ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ်
Purchased Units

အီးမေးလ်
Email

ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း
Payment Type

ငွေပေးချေပုံ
Payment

ငွေသား
Cash

ဘဏ်
Bank

ဘဏ်အမည်
Bank Name

အရာအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု
Corporate Insured

လစဉ်ပေး
Monthly

(၃)လတစ်ကြိမ်ပေး
Quarterly

(၆)လတစ်ကြိမ်ပေး
Biannually

တစ်လုံးတည်းပေး
Lump sum

တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု
Individual Insured

(၆)လတစ်ကြိမ်ပေး
Biannually

တစ်လုံးတည်းပေး
Lump sum

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ
Beneficiary

အမည်
Name

မွေးသက္ကရာဇ်
Date of Birth

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်
NIC No.

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်
Passport No.

တော်စပ်ပုံ
Relationship

နေရပ်လိပ်စာ
Address

တယ်လီဖုန်းအမှတ်
Telephone No.



HEALTH INSURANCE PROPOSAL

ကျန်းမာရေး အာမခံအဆိုလွှာ



AMI Life

အသက်အာမခံ

လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

Current Health Condition

၁။ လွန်ခဲ့သည့် (၃)လ အတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊

ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Were you given a prescription for any medication or did you undergo any medical examination, check-up or treatment. (Including hospitalization and surgery) during the past (3) months?

ရှိ မရှိ
Yes No

ရှိ မရှိ
Yes No

လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

Health Condition of the past (5)years

၂။ လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊

ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Were you given a prescription for any medication or did you undergo any medical examination, check-up or treatment (Including hospitalization and surgery) because of the diseases and injuries in the table during the past (5)years?

နုလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန် Heart/Blood Pressure	သွေးတိုးခြင်း Hypertension	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ရင်ဆို့နာ Angina	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	နုလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း Myocardial infarct	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	နုလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ Heart valve disease	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	နုလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း Arrhythmia	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No		
ဦးနှောက် Brain	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း Cerebral Haemorrhage	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း Cerebral infarct	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေးသွန်းခြင်း Subdural Haemorrhage	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ဦးနှောက်သွေးလွှတ်ကြော ဖောင်းခြင်း Cerebral arteritis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
စိတ်၊ အာရုံကြော Mental/Nervous system	စိတ်ကျရောဂါ Depression	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ Schizophrenia	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ်ယွင်းခြင်း Mental disability	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ဝက်ရူးပြန်ခြင်း Seizure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	အရက်စွဲခြင်း Alcohol addiction	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No		
အဆုတ် Lung	အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီစသည်) Lung disease (TB etc.)	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No		
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ် Stomach, Liver, Kidneys	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်းရောဂါ Renal Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ကျောက်ကပ်ပုံမှန် အလုပ်မလုပ်ခြင်း Renal impairment	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
မျက်လုံး Eye	အတွင်းတိမ် Cataract	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No	ရေတိမ် Glaucoma	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No
	မြင်လွှာရောဂါ Retinal disease	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No		
ကင်ဆာ၊ အလုံးအကျိတ် (ကင်ဆာ၊ ကင်ဆာဖြစ်သော၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော) Cancer, tumor(cancerous, non-cancerous)	ကင်ဆာနှင့် ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်စသည် Malignant and benign tumors etc.	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> Yes No		

အခြား Others	သွေးထဲအဆီများလွန်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
	ပန်းနာရင်ကျပ် Asthma	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဆီးချိုရောဂါ Diabetes	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း Back pain	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရိုးဆက်ရောင်ရမ်းနာ Inflammation of joints	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	လေးဘက်နာ Arthritis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း Infertility	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အမျိုးသမီးသီးသန့် Women	သားအိမ်အလုံး Uterine tumor	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ် Ovarian tumor	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နို့ရည်ဂလင်းရောဂါ Mammary gland disease	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ခွဲမွေးခြင်း Cesarean section	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

၃။ လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ယေးတွင်မပါရှိသော ရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ တို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆရာဝန်စုစုသည့် နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုမယူသည့်နေ့အထိ (၇)ရက် နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Do you have any surgery or prescription to take medicine, treatment (Including hospitalization) medical examination or checkup from doctor seven days and above from the first day of taking treatment to the last day due to the diseases and injuries excluding in the table during the past 5 years ?

ရှိ မရှိ

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု
Physical injury

၄။ လက်ရှိအခြေအနေထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ချောင်း ခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့မဟုတ်) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊ (သို့မဟုတ်) ကျောရိုး၊ မှုမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။

Are you visually impaired, or have a damaged limb (or) performance disability (or) irregular backbone or other injuries?

ရှိ မရှိ

(က) အစိတ်အပိုင်း
Part

(ခ) အခြေအနေ
Condition

(ဂ) ရောဂါအခြေအနေဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲ တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန်

Stability of the condition of the disease without worsening နှစ် လ

(ဃ) အကြောင်းအရင်း
Cause

(င) အမြင်အာရုံ (ဘယ်)ပါဝါ
Vision (Left) Spherical

(ညာ)ပါဝါ
(Right) Spherical

ဆေးစစ်ခြင်း

Medical Check-up

၅။ လွန်ခဲ့သော (၁)နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသော စစ်ဆေးမှုများကို ခံယူခဲ့ပြီး၊ မှုမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ ရပါသလား။

Were you informed any abnormality after taking an X-ray scan, Ultrasound, CT Scan, Tissue sampling, ECG Scan, urine test, blood test and other check-ups during previous year?

ရှိ မရှိ

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ

နှစ် လခန့်
Year of check-up year Month

(ခ) မှုမမှန်သည့်အချက်
Abnormality

၆။ (၁)မှ(၅)အထိ မေးခွန်းတစ်ခုစီတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင်အသေးစိတ် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

If you answer "Yes" for the question (1) to (5) please answer the details in following

(က) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည်
Name of the disease or injury

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည်
Name of the clinics or hospital

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ
Current condition

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ အခြား

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း လတွင် ကြိမ်
If it is still being monitored, the frequency of clinic visit is month Times

(ဃ) စမ်းသပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသခြင်းကာလ
Examination, check-up, treatment period, from လ ခုနှစ်မှ လ ခုနှစ်ထိ

(င) ကုသသည့် ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန်
Any specific instruction from attending physician

မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့် ရောဂါလက္ခဏာ
Self-identified symptoms

၇။ လွန်ခဲ့သော (၆)လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို (၁)ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။
ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း။

Have you ever suffered these symptoms for more than a week during last (6) months?
Fatigue, Weight loss, Diarrhoea, Nausea, Skin disease

ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း
Cancer disease

၈။ လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။
Have you ever had cancer?

ကိုယ်ဝန်
Pregnancy

၉။ လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟု
ယူဆရသည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။
Have you got pregnancy now or Amenorrhea, Nausea and vomiting symptoms?

အဖြေသည် "ရှိ" ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။
If you have answered "Yes", please submit recommendation letter from doctor about normal pregnancy at present.

အခြား
Others

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

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက်
Daily amount of cigarettes

၁၁။ အရက်ခွဲခွဲမြဲမြဲ သောက်ပါသလား။
Do you drink alcohol?

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင် မည်မျှသောက်ပါသလဲ

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ
Insurance with other companies

၁၂။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက

Do you have or have you had this insurance policy with any other insurers?

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်

Insurance company name

ပေါ်လစီအမှတ်

Policy No.

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ်

Purchased plan

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက်

Purchased unit(s)

အာမခံသက်တမ်း

Insurance period from

မှ

to

အထိ

ဝန်ခံချက်

Affidavit

သု။ အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံတော်ပြုပါသည်။

I, hereby, guarantee that the information provided above are true and reflected my current health condition.

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆရာဖော်ပြခြင်း၊ မှားယွင်းစွာဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက အာမခံစာချုပ်ပါ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ်

Witness Signature

အာမခံထားသူလက်မှတ်

Insured signature

အသိသက်သေအမည်

Witness Name

အာမခံထားသူအမည်

Insured name

မှတ်ပုံတင်အမှတ်

NIC no.

မှတ်ပုံတင်အမှတ်

NIC no.

လိပ်စာ

Address

လိပ်စာ

Address

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး

Health condition upon visual check

ကောင်း

Good

မကောင်း

Bad

နေ့စွဲ

Date

AMI Life

မှတာဝန်ရှိသူလက်မှတ်

AMI Life authorized person's Signature

အမည်

Name

ရာထူး

Position

