

အာမခံအမျိုးအစား ရက်စွဲ
ပေါ်လစီအမှတ် တောင်းခံလွှာအမှတ်စဉ်
ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံပေါ်လစီ၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံလိုပြီး အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို တင်ပြအပ်ပါသည်။

အာမခံ ဝယ်ယူသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ မွေးသက္ကရာဇ်
ကျား/မ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ
ဖုန်းနံပါတ် အီးမေးလ်
အလုပ်အကိုင် အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ
အသက်အာမခံထားငွေ ကျပ်/ဒေါ်လာ

အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ (အသက်အာမခံဝယ်ယူသူနှင့် မတူညီပါက ဖြည့်စွက်ပေးပါရန်)

အမည်အပြည့်အစုံ မွေးသက္ကရာဇ်
ကျား/မ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ
ဖုန်းနံပါတ် အီးမေးလ်
အလုပ်အကိုင် အသက်အာမခံဝယ်ယူသူနှင့်တော်စပ်ပုံ
အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုမတိုင်မီ လုပ်ကိုင်ခဲ့သော အလုပ်အကိုင်

အလုပ်လုပ်ခဲ့သော နောက်ဆုံးရက်

ရုံး/ကုမ္ပဏီ/အလုပ်လိပ်စာ

အကျိုးခံစားခွင့် အမျိုးအစားများ

- မတော်တဆဖြစ်ရပ်ကြောင့် သေဆုံးမှု/ထာဝစဉ် မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အကျိုးခံစားခွင့်
- မတော်တဆဖြစ်ရပ်ကြောင့် ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်းများ ထိခိုက်ပျက်စီးခြင်း
- အများပြည်သူ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးဖြင့် ခရီးသွားနေစဉ် မတော်တဆသေဆုံးခြင်း အကျိုးခံစားခွင့်
- မတော်တဆမှုကြောင့် မဟုတ်သည့် သေဆုံးမှု/ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်းအတွက် ပရီမီယံပြန်ထုတ်ပေးခြင်း (ပေါ်လစီသက်တမ်း ၅ နှစ်နှင့် အထက် ပေါ်လစီများအတွက်သာ)
- မတော်တဆမှုကြောင့် ဆေးရုံတက်ရခြင်း
 - မတော်တဆဖြစ်ပွားမှုအတွက် ပုံမှန်နေ့စဉ် ဆေးရုံတက်ရောက် ကုသခြင်းအကျိုးခံစားခွင့်
 - မတော်တဆဖြစ်ပွားမှုအတွက် ပုံမှန်နေ့စဉ် အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်တွင် တက်ရောက်ကုသခြင်း အကျိုးခံစားခွင့်

မတော်တဆဖြစ်ရပ်ကြောင့် သေဆုံးခဲ့လျှင် (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

သေဆုံးသည့်ရက်စွဲ အချိန်

သေဆုံးသည့်နေရာ

သေဆုံးရသည့် အကြောင်းရင်း (တိကျသော အကြောင်းပြချက် ပေးပါရန်)

.....

မတော်တဆဖြစ်ရပ်ကြောင့် ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခဲ့လျှင် (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု ပထမဆုံးစတင်ဖြစ်ပေါ်သည့်နေ့ အကြောင်းအရင်း



မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အခြေအနေ
ဆေးကုသမှုခံယူသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံ
ကုသပေးသော ဆရာဝန်၏အမည်

အများပြည်သူ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးဖြင့် ခရီးသွားနေစဉ် မတော်တဆသေဆုံးခြင်းဖြစ်ခဲ့လျှင် (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

အများပြည်သူ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၏ အမည်နှင့် အမျိုးအစား
သေဆုံးသည့်ရက်စွဲ အချိန်
သေဆုံးသည့်နေရာ
သေဆုံးရသည့် အကြောင်းရင်း (တိကျသော အကြောင်းပြချက် ပေးပါရန်)

မတော်တဆမှုကြောင့် မဟုတ်သည့် သေဆုံးခြင်းအတွက် ပရီမီယံပြန်ထုတ်ပေးခြင်း (ပေါ်လစီသက်တမ်း ၅ နှစ်နှင့် အထက် ပေါ်လစီများအတွက်သာ) (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

ပေါ်လစီသက်တမ်း
သေဆုံးသည့်ရက်စွဲ အချိန်
သေဆုံးသည့်နေရာ
သေဆုံးရသည့် အကြောင်းရင်း (တိကျသော အကြောင်းပြချက် ပေးပါရန်)

မတော်တဆမှုကြောင့် မဟုတ်သည့် ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်းအတွက် ပရီမီယံပြန်ထုတ်ပေးခြင်း (ပေါ်လစီသက်တမ်း ၅ နှစ်နှင့် အထက် ပေါ်လစီများအတွက်သာ) (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

ပေါ်လစီသက်တမ်း



ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်မှု ပထမဆုံးစတင်ဖြစ်ပေါ်သည့်နေ့ အကြောင်းအရင်း

မသန်စွမ်းဖြစ်မှု အခြေအနေ

ဆေးကုသမှုခံယူသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံ

ကုသပေးသော ဆရာဝန်၏အမည်

မတော်တဆမှုကြောင့် ဆေးရုံတက်ရခြင်း (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို တင်ပြပါ)

မတော်တဆမှုဖြစ်ပွားသည့်ရက်စွဲ

အကြောင်းအရင်း

အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်သို့ တက်ရောက်ကုသခြင်း ရှိ/မရှိ ရှိ မရှိ

ဆေးရုံတက်ရောက်ရသည့်ရက်အရေအတွက်(ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပါ)

.....

ဆေးကုသမှုခံယူသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံ

ကုသပေးသော ဆရာဝန်၏အမည်



မတော်တဆဖြစ်ရပ်ကြောင့် ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်းများ ထိခိုက်ပျက်စီးခြင်း* (လိုအပ်သော ဆက်စပ်စာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို

တင်ပြပါ) - အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလိုသော အကွက်နေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပေးပါ။

အကျိုးခံစားခွင့် ဇယား*	ပေးအပ်မည့် ပမာဏ (အာမခံထားငွေ၏ %)
အောက်ပါတို့ ထာဝစဉ်လုံးဝဆုံးရှုံးမှုများ ဖြစ်ပေါ်သည့် အခြေအနေများကို ဆိုလိုသည်	
၁။ လက်နှစ်ဖက်လုံး	၁၀၀%
၂။ ခြေနှစ်ဖက်လုံး	၁၀၀%
၃။ မျက်စိနှစ်လုံးစလုံး	၁၀၀%
၄။ လက်တစ်ဖက်နှင့် ခြေတစ်ဖက်	၁၀၀%
၅။ လက်တစ်ဖက်/ခြေတစ်ဖက် နှင့် မျက်စိတစ်လုံး၏ အမြင်စွမ်းရည်	၁၀၀%
၆။ နားနှစ်ဖက်လုံး၏ အကြားစွမ်းရည်	၅၀%
၇။ လက်တစ်ဖက် သို့မဟုတ် ခြေတစ်ဖက်	၅၀%
၈။ မျက်စိတစ်လုံး၏ အမြင်စွမ်းရည်	၃၀%
၉။ လက်မတစ်ဖက်*	၁၀%
၁၀။ ခြေမတစ်ဖက်*	၅%
၁၁။ (လက်မမှတစ်ပါး) အခြားလက်ချောင်းများ*	၂%
၁၂။ (ခြေမမှတစ်ပါး) အခြားခြေချောင်းများ*	၁%
၁၃။ ခန္ဓာကိုယ် မျက်နှာပြင် ဧရိယာ၏ ၃၀% ထက်ပိုအောင် ထိခိုက်သော ဒုတိယ ဒီဂရီ အဆင့် စားလောင်ခြင်း*	၅၀%
၁၄။ ခန္ဓာကိုယ် မျက်နှာပြင် ဧရိယာ၏ ၂၀% ထက်ပိုအောင် ထိခိုက်သော တတိယ ဒီဂရီ အဆင့် စားလောင်ခြင်း*	၁၀၀%

* အာမခံပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များအတိုင်း



မတော်တဆမှုကြောင့် အာမခံထားသည့် ဖြစ်ရပ်ဖြစ်ပွားခဲ့ပါက မတော်တဆမှု ဖြစ်ပွားသည့်နေရာနှင့် ဖြစ်စဉ်အသေးစိတ်ကို ဖော်ပြပါ။

.....
.....

သေဆုံးမှု/တာဝန်ပေးသည့်စွမ်းဖြစ်မှု မတိုင်မီ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း (သက်ဆိုင်ရာဆေးမှတ်တမ်းများ ရှိပါက ပူးတွဲတွင်ပြပါ)

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 ငွေပမာဏ ကျပ် 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. 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 Insurance Myanmar Ltd. က လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို Dai-ichi Life Insurance Myanmar Ltd. 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 (သေဆုံးခြင်း သို့မဟုတ် ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းခြင်း ဖြစ်ပါက)
- မွေးစာရင်း၊ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ လက်ထပ်စာချုပ် မိတ္တူမှန် သို့မဟုတ် အသက်အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ(များ)တို့အကြား တော်စပ်မှုကို သက်သေပြနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ
- အသက်အာမခံထားသူ တက်ရောက်ကုသမှုခံယူရသော ဆေးကုသဆောင်မှ အထူးကုဆရာဝန် သို့မဟုတ် တာဝန်ခံပါမောက္ခ၏ ထောက်ခံစာ
- အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်
- အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/စာရွက်စာတမ်းများ