

- တောင်းဆိုချက်ကို တိကျမြန်ဆန်စွာ ဆောင်ရွက်ရာတွင် ကူညီနိုင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ ဤတောင်းခံလွှာကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပါ။
- ကုသမှုစတင်ပြီး ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း ဤတောင်းခံလွှာကို တင်ပြရပါမည်။
- လူနာတစ်ဦးချင်းစီအတွက် ကျန်းမာရေး အခြေအနေ တစ်ခုစီအတွက် သီးခြားတောင်းခံလွှာများကို အသုံးပြုပေးပါ။
- ဤတောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များ မပြည့်စုံပါက၊ စာရွက်စာတမ်းများကို ပြည့်စုံစွာ မတင်ပြပါက အကျိုးခံစားခွင့် ပေးချေသည့် လုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာနိုင်ပါသည်။

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

ယခု တင်ပြသော အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုကို ယခင်က Dai-ichi Life တွင်ဖြစ်စေ၊ အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ဖြစ်စေ ပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါသည်  မပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါ

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

**အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ**

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

ကျား/မ ..... နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ .....

ဖုန်းနံပါတ် ..... အီးမေးလ် .....

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

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

ကုသမှု ကုန်ကျစရိတ် နှင့် ငွေကြေး: .....

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုမှု ပမာဏသည် USD 1,000 နှင့် ညီမျှသည့် မြန်မာကျပ်ပမာဏထက် များပါသလား (ဗဟိုဘဏ်ငွေလွှဲနှုန်းအတိုင်း)

များပါသည်  မများပါ

မြန်မာနိုင်ငံပြင်ပတွင် ဆေးကုသမှုခံယူခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်း ဖြစ်ပါသလား

ဟုတ်ပါသည်  မဟုတ်ပါ

**(၁) ဆေးရုံတက်ခြင်း အကျိုးခံစားခွင့်**

နေ့စဉ်အခန်းစရိတ်

အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်စရိတ်

အထွေထွေ ဆေးရုံစရိတ်

**အထွေထွေ ဆေးရုံစရိတ် အမျိုးအစားများ**

- ဆေးရုံသုံးအထောက်အကူပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်ခ
- ခွဲစိတ်ကုသစရိတ်
- ခွဲစိတ်ခန်းအသုံးပြုခ
- မေ့ဆေးဝန်ဆောင်ခ
- ဆေးရုံတက်စဉ် ဆရာဝန်လာရောက် ကြည့်ရှု ကုသစရိတ် (တစ်ရက်လျှင် ၂ ကြိမ်အထိ)

ဆေးရုံတက်ရောက်ရခြင်း အကြောင်းအရင်း

.....  
.....

အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်သို့ တက်ရောက်ကုသရန် လိုအပ်မှု ရှိ/မရှိ	ရှိ <input type="checkbox"/> .....dd/mm/yyyy..... မှ ...dd/mm/yyyy..... အထိ	မရှိ <input type="checkbox"/>
---	---	-------------------------------

သာမန်ဆေးရုံတက်ရောက်ခြင်း .....dd/mm/yyyy..... မှ ...dd/mm/yyyy..... အထိ

ဆေးရုံအမည် .....

ဆေးရုံလိပ်စာ .....

ကုသပေးသော ဆရာဝန်(များ)၏ အမည် .....

**(၂) ဆေးရုံမတက်မီနှင့် ဆေးရုံဆင်းပြီး ကုသမှု အကျိုးခံစားခွင့်များ**

**ဆေးရုံမတက်မီ ပြသကုသခြင်းများ၊ ရောဂါရှာဖွေ/ဓာတ်ခွဲခန်း ဝန်ဆောင်မှုများ**

ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးခြင်း/ဓာတ်ခွဲခန်းတွင် ဆေးစစ်ခြင်း ပြုလုပ်ခဲ့သော ရက်စွဲ ...dd/mm/yyyy.....

ဓာတ်ခွဲခန်းတွင် ရောဂါရှာဖွေခြင်း ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် သင့်လျော်ရာ အချက်(များ)ကို ရွေးချယ်ပါ။

သွေး       သလိပ်       ဆီး       ဝမ်း       အီးစီဂျီ       Echo       ဓါတ်မှန်

USG       CT/MRI/PET       အသားစယူ စစ်ဆေးခြင်း       အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ) .....

**ဆေးရုံဆင်းပြီး နောက်ဆက်တွဲ ကုသမှုများနှင့် ရောဂါရှာဖွေ/ဓာတ်ခွဲခန်း ဝန်ဆောင်မှုများ**

ဆရာဝန်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ပြသခြင်း/ဓာတ်ခွဲခန်းတွင် ဆေးစစ်ခြင်း ပြုလုပ်ခဲ့သော ရက်စွဲ ...dd/mm/yyyy.....

ဓာတ်ခွဲခန်းတွင် ရောဂါရှာဖွေခြင်း ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် သင့်လျော်ရာ အချက်(များ)ကို ရွေးချယ်ပါ။

သွေး       သလိပ်       ဆီး       ဝမ်း       အီးစီဂျီ       Echo       ဓါတ်မှန်

USG       CT/MRI/PET       အသားစယူ စစ်ဆေးခြင်း       အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ) .....

**(၃) ပြင်ပလူနာဌာနတွင် ပြသကုသမှု အကျိုးခံစားခွင့်များ**

- နေ့ခွဲစိတ်မှု
- မတော်တဆမှုအတွက် အရေးပေါ် ပြင်ပလူနာဌာနတွင် ကုသမှု
- မတော်တဆမှုအတွက် အရေးပေါ် ပြင်ပလူနာဌာနတွင် သွားနှင့်ခံတွင်း ကုသမှု
- ပြင်ပလူနာဌာနတွင် ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း
- ပြင်ပလူနာဌာနတွင် ကင်ဆာဆေးသွင်း ကုသခြင်း

ရွေးချယ်ထားသော အကျိုးခံစားခွင့်များအလိုက် အသေးစိတ် အချက်အလက်များကို ဖြည့်သွင်းပေးပါ (ရက်စွဲ၊ ကုသမှုခံယူရသော အကြောင်းအရင်း စသည်)။

.....  
.....

**(၄) သေဆုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် (လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ အားလုံးကို ပူးတွဲတင်ပြပေးပါရန်)**

သေဆုံးသည့် ရက်စွဲ ..... သေဆုံးသည့် အချိန် .....

သေဆုံးသည့် နေရာ .....

သေဆုံးရခြင်း အကြောင်းအရင်း .....

**အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံသူ၏ အချက်အလက်များ**

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူသည်  အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ  တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ  အခြား .....

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

နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် .....

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

အိမ်အလယ် ..... အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....

အရွယ်မရောက်သေးသော အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ (ရှိခဲ့လျှင်)နှင့် တော်စပ်ပုံ .....

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၊ ရုံ 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 .....
--	--	-----------------

**အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံရာတွင် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများ**

- ဤအာမခံတောင်းခံလွှာ (ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖြစ်ရပါမည်)
- သေစာရင်း (မိတ္တူမှန်) (သေဆုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်း ဖြစ်ခဲ့လျှင်) သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ဓာတ်ခွဲခန်း၊ သက်ဆိုင်ရာ ဌာနများမှ ထုတ်ပေးသော ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းများ၊ စာရွက်စာတမ်းများ
- နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်၊ မွေးစာရင်း၊ လက်ထပ်စာချုပ် (မိတ္တူမှန်) (သို့မဟုတ်) အသက်အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ(များ)တို့အကြား တော်စပ်မှုကို သက်သေပြနိုင်မည့် အခြားသော အထောက်အထား/ 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

**ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း**

- Dai-ichi Life သည် customer များ စိတ်ချမ်းမြေ့ကျေနပ်မှု ရရှိစေရေးအတွက် အကောင်းဆုံးသော ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန် အစဉ်အမြဲ ကြိုးစားလျက်ရှိပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ customer များ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံရာတွင် ပိုမိုလွယ်ကူလျင်မြန်စွာ ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက် ယုံကြည်စိတ်ချအားကိုးရသော Ulink Assist Myanmar နှင့် တရားဝင်ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။
- ဤအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီး အောက်ဖော်ပြပါ စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ ပူးတွဲ၍ [healthclaim@daiichilife.com.mm](mailto:healthclaim@daiichilife.com.mm) သို့ အီးမေးလ်ပေးပို့ကာ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံနိုင်ပါသည်။
  - ငွေရှင်းပြေစာများ
  - ဆေးမှတ်တမ်း/ဆေးစစ်ချက်/ဆေးစာအုပ်များ
  - အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားလိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ
- စုံစမ်းမေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက **+95 9 774 777 733** သို့လည်း တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။



ယုလင်ခ်အဆစ်  
**Ulink  
Assist**

**16-09, Office Tower 2, Times City, Hanthawaddy Road, Kamayut Township, 11041, Yangon.**