



GLOBAL LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

NO.(83,84), BAHOSI DEVELOPMENT, WADAN STREET LANMADAW TOWNSHIP, YANGON, MYANMAR.
TEL : 01 2302508-9 FAX : (95-1)2302507 HOTLINE : 09-797003009

တောင်သူလယ်သမားအသက်အာမခံ အဆိုလွှာ

အာမခံထားသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာ မှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာ ဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန် ဖော်ပြခြင်းများ ရှိပါက ပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည် ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။ အာမခံထားသူအမည် ----- အဘအမည် -----

၂။ အသက် (-----) နှစ်၊ (မွေးသက္ကရာဇ်) ----- ရက် ----- လ ----- နှစ်၊

၃။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

၄။ အလုပ်အကိုင် -----

၅။ ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ် -----

၆။ အာမခံထားငွေ -----

၇။ အာမခံသက်တမ်း ----- (၁) နှစ် -----

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏

(က) အမည် -----

(ခ) အဘအမည် -----

(ဂ) အသက် -----

(ဃ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

(င) တော်စပ်ပုံ -----

(စ) ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -----

(ဆ) ဖုန်းနံပါတ် -----

(ဇ) ရာခိုင်နှုန်း အချိုးအစား -----

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ

၉။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများ ထားရှိပါလျှင်

- (က) အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----
- (ခ) အာမခံလက်မှတ် အမှတ် -----
- (ဂ) အာမခံထားငွေ -----
- (ဃ) အာမခံသက်တမ်း -----

၁၀။ (က) အာမခံထားရန် အဆိုပြုသူ၏ လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ

လွန်ခဲ့သည့် (၃) လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှု ခံယူခြင်း ၊ ဆေးစစ်ခြင်း ၊ ကုသမှု ခံယူခြင်း ၊
(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံရခြင်းများ
ရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိပါသည် မရှိပါ

(ခ) လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ဆေးရုံတက်ဖူးပါသလား ၊ တက်ဖူးပါက မည်သည့် ရောဂါကြောင့်
တက်သနည်း။

တက်ဖူးပါသည် မတက်ဖူးပါ

- ရောဂါအမည် -----
- ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းအမည် -----
- ဆရာဝန်အမည် -----
- ကုသသည့်ကာလ -----

လက်ရှိအခြေအနေ

(၁) လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး (၂) ကုသဆဲ

(၃) အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ

ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန် -----

(ဂ) ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂) လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။

သောက်ပါသည် မသောက်ပါ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်ခုနှစ် :----- နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက်:-----

(ဃ) အရက်သောက်ပါသလား။

သောက်ပါသည် မသောက်ပါ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား :----- နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ :-----

(c) ကိုယ်ဝန်

လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း ၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မူးဝေ အော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေ သည်ဟုယူဆသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။

ရှိပါသည် မရှိပါ

ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေမှာ ကောင်းမွန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် -----	အာမခံထားသူလက်မှတ် -----
အသိသက်သေအမည် -----	အာမခံထားသူအမည် -----
ဖုန်းနံပါတ် -----	ရက်စွဲ -----

အဆိုလွှာပါ လက်ခံစစ်ဆေးသူအနေဖြင့် အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကောင်း/ မကောင်း မှတ်ချက်ပြု ပါရန်။

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူ လက်မှတ် -----

အမည် -----

ရာထူး -----