



# 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

## ကျန်းမာရေးအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဘအမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် (လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) -----

မွေးဖွားရာဇာတိ -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ ရှိ  မရှိ

ကျား/မ ကျား  မ

အရပ် ----- ပေ ----- လက်မ

ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

မြန်မာနိုင်ငံတွင်ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက -

အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/ လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/ အခြားကိစ္စများ -----

## ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ်

### ကျန်းမာရေးအာမခံ

စဉ်	အာမခံအကာအကွယ်	အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မှု	ဝယ်ယူနိုင်သည့်ယူနစ်အရေအတွက်	ဝယ်ယူမည့်ယူနစ်အရေအတွက်
၁။	အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်	- ရောဂါကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း။ - မတော်တဆမှုကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း။ - သေဆုံးခြင်း။	၁ ယူနစ်မှ ၁၀ ယူနစ်	
၂။	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၁)	- ခွဲစိတ်ကုသခြင်း။ - ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း။	၁ ယူနစ်မှ ၁၀ ယူနစ်	
၃။	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၂)	- ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပြသခြင်း။	၁ ယူနစ်မှ ၁၀ ယူနစ်	

(အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်နှင့် ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၁) (၂) တို့ကိုတွဲဖက်၍ ဝယ်ယူနိုင်သည်။ ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံအကာအကွယ်များကို သီးခြားမရောင်းပါ။ ရွေးချယ်နိုင်သည့် အာမခံအကာအကွယ်များကို မိမိဝယ်ယူထားသော အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်ယူနစ်အရေအတွက်အထိသာ အများဆုံးဝယ်ယူနိုင်ပါသည်။)

**ပရိမိယံကြေးပေးသွင်းနည်း**

အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု  
(Group Customer)

လစဉ်ပေး  (၃)လ တစ်ကြိမ်ပေး  (၆)လ တစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု  
(Individual Customer)

(၆)လ တစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

**အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ**

အမည် -----  
 မွေးသက္ကရာဇ် -----  
 နိုင်ငံသား / နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----  
 တော်စပ်ပုံ -----  
 နေရပ်လိပ်စာ -----  
 တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

**ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ**

**လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၁) လွန်ခဲ့သော (၃)လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၂) လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့်ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။

နုလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန်	သွေးတိုးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နုလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နုလုံးအဆိုရှင်ရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နုလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ဦးနှောက်	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွှတ်ကြောဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ်ယွင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဝက်ရှူးပြန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အရက်စွဲခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အဆုတ်	အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီ စသည်)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ်	အစာအိမ်နာဖြစ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အသည်းရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသည်းခြောက်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
မျက်လုံး	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်းရောဂါ Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန်အလုပ်မလုပ်ခြင်း Kidney Failure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အတွင်းတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရေတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	မြင်လွှာရောဂါ(Retinitispigmentosa)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

ကင်ဆာ၊ အလုံးအကျိတ် (ကင်ဆာဖြစ်သော၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့် ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်သည် ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>			
အမျိုးသမီးသီးသန့်	သားအိမ်အလုံး	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နို့ရည်ဂလင်းရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ခွဲမွေးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အခြား	သွေးထဲအဆီများလွန်းခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပန်းနာရင်ကျပ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဆီးချိုရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရိုးဆစ်ရောင်ရမ်းနာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	လေးဘက်နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသောရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ (၇)ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။  
 ရှိ  မရှိ

**ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု**

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့မဟုတ်) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်းချို့ယွင်းနေခြင်း (သို့မဟုတ်) ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသောထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများရှိပါသလား။  
 ရှိ  မရှိ

- (က) အစိတ်အပိုင်း -
- (ခ) အခြေအနေ -
- (ဂ) ရောဂါအခြေအနေ ဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲတည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် ----- နှစ် ----- လ
- (ဃ) အကြောင်းရင်း -
- (င) အမြင်အာရုံ - (ဘယ်)ပါဝါ (ညာ)ပါဝါ

**ဆေးစစ်ခြင်း**

(၅) လွန်ခဲ့သော (၁)နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး မူမမှန်သည့်အချက် ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။  
 ရှိ  မရှိ

- (က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့် နှစ် ----- လ ဝန်းကျင်
- (ခ) မူမမှန်သည့်အချက် -----

(၆) (က) မှ (င) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် “ရှိ” ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင်အသေးစိတ်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။  
 (က) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----  
 (ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----  
 (ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ  
 လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး  စစ်ဆေးနေဆဲ  ကုသနေဆဲ   
 အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ  အခြား

\*အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း (----- လတွင် ၁ ကြိမ်)  
 (ဃ) စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်းကာလ ----- ခုနှစ်၊ ----- လ မှ ----- ခုနှစ်၊ ----- လ  
 (င) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန် -----

**မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့် ရောဂါလက္ခဏာ**

(၇) လွန်ခဲ့သော (၆)လ အတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို (၁)ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။ ရှိ  မရှိ   
 ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

ရှိ  မရှိ

**ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း**

(၈) လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ကိုယ်ဝန်**

(၉) လက်ရှိ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မှုးဝေအော့အန်ခြင်းဖြစ်နေသည်ဟု ယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။ ရှိ  မရှိ   
 အဖြေသည် 'ရှိ' ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။

**အခြား**

(၁၀) ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လ အတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ်

နေ့စဉ်

တစ်ခါတရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် -

(၁၁) အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား။

နေ့စဉ်

တစ်ခါတရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ -

**အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ**

(၁၂) ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----

အာမခံစာချုပ်အမှတ် -----

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ် -----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

**ဝန်ခံချက်**

(၁၃) အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များမှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

ကျန်းမာရေးအာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာဖော်ပြခြင်း၊ မှားယွင်းစွာဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက အာမခံ စာချုပ်ပါအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ် -----  
 အသိသက်သေအမည် -----  
 မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----  
 နေရပ်လိပ်စာ -----  
 -----

အာမခံထားသူလက်မှတ် -----  
 အာမခံထားသူအမည် -----  
 မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----  
 နေရပ်လိပ်စာ -----  
 -----

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး ကောင်း  မကောင်း

ရက်စွဲ။      || -----  
 စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----  
 အမည် -----  
 ရာထူး -----