



GLOBAL LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

NO.(39,40),BAHOSI DEVELOPMENT,WADAN STREET,LANMADAW TOWNSHIP,YANGON, MYANMAR.
TEI : 01 2302508 ~ 9 FAX : (95-1)2302507 HOTLINE : 09-797003009

တမူထူးခြားသည့် စုဆောင်းမှုအသက်အာမခံ

Smart Saving 5/2 Life Insurance

တမူထူးခြားသည့် စုဆောင်းမှုအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အဆိုလွှာအမှတ် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ် -----

၁။ အာမခံထားသူ

အမည် - -----

အမည်(အင်္ဂလိပ်) - -----

အဘအမည် - -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် - -----

(မိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်)

မွေးနေ့သက္ကရာဇ် - (-----)ရက်၊ (-----)လ၊ (-----)ခုနှစ်

နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် - (-----)နှစ်

အလုပ်အကိုင် - -----

နေရပ်လိပ်စာ - -----

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ - -----

ပုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် - -----

အီးမေးလ် - -----

၂။ အာမခံထားငွေ - -----

၃။ ကျသင့်ပရီမီယံ - -----

၄။ အာမခံသက်တမ်း - (-----)နှစ်

၅။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း - ၁-လတစ်ကြိမ်၊ ၃-လတစ်ကြိမ်၊ ၆-လတစ်ကြိမ်၊ ၁-နှစ်တစ်ကြိမ်။



2023/2024 FINANCIAL STATEMENTS (AUDITED) 2023/2024 ဝင်ရောက်မှု အစီရင်ခံစာ (စစ်ချက်ပြုတ်ကြည့်ပြီး)

- ၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)
- အမည် - _____
- သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် - _____
- နေရပ်လိပ်စာ - _____
- ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် - _____

၇။ အခြားအသက်အာမခံ ပေါ်လစီများကို CB Life Insurance/အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားပြီး ဖြစ်လျှင် ဖော်ပြရန်။

အာမခံထားသူ	ထားရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံအမျိုးအစားနှင့် ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံစသည့်နှစ်နှင့် ပေါ်လစီ၏ ယခုအခြေအနေ	သာမန် ပရီမီယံနှုန်း သို့မဟုတ် အငွေနှုန်း	နှစ်အပြည့် သို့မဟုတ် လျှော့နှစ်	ပေါ်လစီပျက်ခဲ့သော် ပျက်သော နေ့ရက်
(၁)	(၂)	(၃)	(၄)	(၅)	(၆)	(၇)

- ၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ -
- အမည် - _____
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် - _____
- တော်စပ်ပုံ - _____
- လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း - _____

အထက်ဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက် များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သော အချက်(သို့မဟုတ်) အချက်များပါရှိခဲ့ပါလျှင် ဤပဋိညာဉ် ပျက်ပြယ်မည် ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

----- ဖြိုနယ်၊ ----- ဌ၊ -----
 ----- ခုနှစ်၊ ----- လ၊ -----
 ----- ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အာမခံထားသူလက်မှတ် -----

အသိသက်သေ		အသိသက်သေ
လက်မှတ် - _____		လက်မှတ် - _____
အမည် - _____		အမည် - _____
ဖုန်းနံပါတ် - _____		ဖုန်းနံပါတ် - _____
ရက်စွဲ - _____		ရက်စွဲ - _____