



CB Life Insurance Company Ltd.
စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်း အသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အဆိုလွှာအမှတ်

ကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ်

၁။ အာမခံထားသူ

အမည် -

အမည်(အင်္ဂလိပ်) -

အဘအမည် -

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကိစ္စအမှတ် -

(မိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်)

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

နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် - (.....)နှစ်

အလုပ်အကိုင် -

နေရပ်လိပ်စာ -

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -

ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် -

အီးမေးလ် -

၂။ အာမခံထားငွေ -

၃။ ကျသင့်ပရီမီယံ

၄။ အာမခံသက်တမ်း - (.....)နှစ်

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

၆-လတစ်ကြိမ်၊ ၁-နှစ်တစ်ကြိမ်။

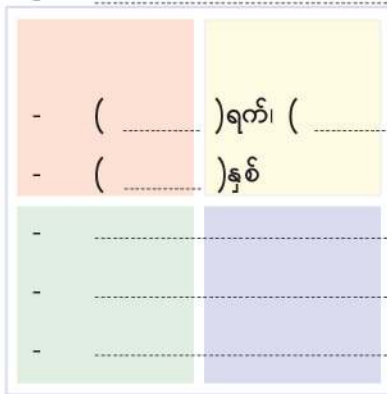
၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)

အမည် -

သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -

နေရပ်လိပ်စာ -

ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် -



၇။ ပြည်သူ့ပြည်သားအသက်အာမခံ/နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်းအသက်အာမခံကို CB Insurance/အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားပြီးဖြစ်လျှင် ဖော်ပြရန်။

အာမခံထားငွေ	ထားရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံ အမျိုးအစားနှင့် ပေါ်လီစီအမှတ်	အာမခံစသည့်နှစ် နှင့် ပေါ်လီစီ၏ ယခုအခြေအနေ	သာမန် ပရီမီယံနှုန်း သို့မဟုတ် အပိုနှုန်း	နှစ်အပြည့် သို့မဟုတ် လျှော့နှစ်	ပေါ်လီစီပျက်ခဲ့ သော်လျှင်ပျက်သော နေ့ရက်
(၁)	(၂)	(၃)	(၄)	(၅)	(၆)	(၇)

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ -
 အမည် -
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -
 တော်စပ်ပုံ -
 လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း -



အထက်ဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်းကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သော အချက်(သို့မဟုတ်)အချက်များပါရှိခဲ့ပါလျှင် ဤအဋိညာဉ် ပျက်ပြယ်မည် ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

..... မြို့နယ်၊ ဌာ၊ ခုနှစ်၊ လ၊
 ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အာမခံထားသူလက်မှတ်

အသိသက်သေ

အသိသက်သေ

လက်မှတ် -
 အမည် -
 ဖုန်းနံပါတ် -
 ရက်စွဲ -

လက်မှတ် -
 အမည် -
 ဖုန်းနံပါတ် -
 ရက်စွဲ -