



CB Life

CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်

သို့

မန်နေဂျာ

စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်

ရန်ကုန်မြို့။

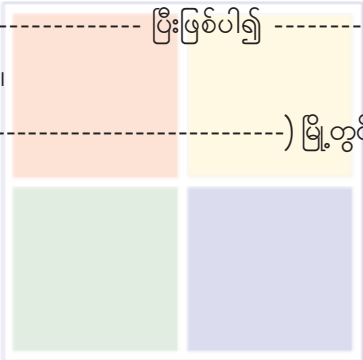
ရက်စွဲ ။ ၂၀ ခုနှစ်၊ လ၊ ရက်။

အကြောင်းအရာ ။ ။ စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်၏ နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်း အသက်အာမခံပေါ်လီစီ အကျိုးခံစားခွင့် လျှောက်ထားခြင်း။

၁။ ဦး/ဒေါ် ----- သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ် (-----) ဖြင့် ကျပ် ----- (ကျပ် ----- တိတိ)အား (-----) နေ့မှ (-----) နေ့အထိ သက်တမ်း (-----) နှစ်ဖြင့် ထားရှိခဲ့ပါသည်။

၂။ ယင်းသည် ----- ပြီးဖြစ်ပါ၍ ----- တောင်းခံငွေ ထုတ်ယူခွင့်ပြုပါရန် လျှောက်ထားအပ်ပါသည်။

၃။ အကျိုးခံစားခွင့်ကို (-----) မြို့တွင် ထုတ်ယူလိုပါသဖြင့် ပူးတွဲပါ စာရွက်စာတမ်းများ နှင့်အတူ လျှောက်ထားအပ်ပါသည်။



ပူးတွဲပါ

- အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ
- ပေါ်လီစီစာချုပ်မူရင်း
- နောက်ဆုံးပေးသွင်းခဲ့သည့် ပရီမီယံပြေစာ
- သေဆုံးကြောင်း ကျေးရွာ/ရပ်ကွက်အုပ်ချုပ်ရေးမှူးထောက်ခံချက် (လိုအပ်ပါက)
- သေစာရင်းမိတ္တူမှန်/သေဆုံးကြောင်းခိုင်လုံသော အထောက်အထား (လိုအပ်ပါက)
- မှတ်ပုံတင်မိတ္တူ (တောင်းခံသူနှင့်သေဆုံးသူ)
- ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းနှင့် ကုသသည့် ဆရာဝန်ထောက်ခံချက် (ထားစဉ်မစွမ်းသန်) (လိုအပ်ပါက)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏

- လက်မှတ် -----
- အမည် -----
- အဘအမည် -----
- မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
- နေရပ်လိပ်စာ -----
- ဖုန်းနံပါတ် -----



CB Life

CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်း အသက်အာမခံ(သေဆုံးမှု) အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ Short Term Endowment Life Insurance Death Claim Form

Claim No.

သေဆုံးသူအမည် (Name of the Deceased) - _____

ပေါ်လီစီ အမှတ် (Policy No.) - _____ အာမခံထားငွေ (Sum Insured) _____

၁။ ငွေတောင်းခံသူ (အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ)၏ အကြောင်းအရာများ

(က) ငွေတောင်းခံသူအမည် (Name of Claimant) - _____

(ခ) အသက် (Age) - _____

(ဂ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် (N.R.C No.) - _____

(ဃ) ဆက်သွယ်ရမည့် နေရပ်လိပ်စာ (Address for communication)- _____

(င) သေဆုံးသူနှင့် ဆက်နွယ်ပုံ (Relationship to deceased)- _____

၂။ သေဆုံးသူ (အာမခံထားသူ)နှင့် ပတ်သက်သည့် အကြောင်းအရာ

(က) သေဆုံးသည့်နေရာ - ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း အိမ်၌သေဆုံးခြင်း အခြား (✓) အမှန်ဖြစ်ရန်။

(ခ) သေဆုံးသည့် အချိန်နှင့် နာရီ (Date and time of death)- _____

(ဂ) သေစာရင်းမှတ်ပုံတင်ထုတ်ပေးသည့်ဌာန၊ မြို့နယ် (Place and date of registration of death) - _____

၃။ သေဆုံးသည့်အကြောင်းအရာ အသေးစိတ် ကိုဖော်ပြရန်။

ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း။

(က) သေဆုံးသည့် အကြောင်းအရင်း (Please specify the cause of death)- _____

(ခ) ဆေးရုံတက်သည့်အချိန်နှင့် နေ့ရက် (Date and time of admission to the hospital) - _____

(ဂ) ဆေးကုသမှုစတင်ခံယူသည့်နေ့နှင့် ဆေးကုသမှုအကြောင်း (Date of commencement of treatment and type of treatment given)

(ဃ) ဆေးကုသသည့် ဆေးရုံအမည် (Hospitals where treatment was received)- _____

အိမ်၌သေဆုံးခြင်း

(င) ဆေးကုသသည့် ဆရာဝန်၏ အမည်၊ လိပ်စာ (Name, address and Phone No. of the doctors consulted during the illness)

(စ) ဆေးကုသမှု အသေးစိတ် (Details of treatment taken for any illness)- _____

(ဆ) သေဆုံးကြောင်းအတည်ပြုပေးသည့် ဆရာဝန်/ဆေးခန်း၏ အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် - _____

၄။ သေဆုံးသူအနေဖြင့် အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိခဲ့လျှင် ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပေးရန်။

စဉ်	ပေါ်လီစီအမှတ်	အာမခံစတင်သည့်နေ့	အာမခံထားငွေ	ကုမ္ပဏီအမည်

အထက်ပါ ထွက်ဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ဖြေဆိုထားပြီး မှန်ကန်ကြောင်း အောက်တွင် လက်မှတ်ရေး ထိုးပါသည်။

()
အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ

အသိသက်သေများ

(က) လက်မှတ် ----- (ခ) လက်မှတ်-----
 အမည် ----- အမည်-----
 အလုပ်အကိုင်----- အလုပ်အကိုင်-----
 လိပ်စာအပြည့်အစုံ----- လိပ်စာအပြည့်အစုံ-----

၅။ အောက်ပါတို့ကို ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲ တင်ပြအပ်ပါသည်။

- (က) ပေါ်လီစီစာချုပ်မူရင်း (The Original Policy Document/s)
- (ခ) သေစာရင်းမိတ္တူ (Duplication of Death Certificate)
- (ဂ) ငွေတောင်းခံသူ၏ မှတ်ပုံတင်နှင့် ရပ်ကွက်ထောက်ခံစာ (Proof of residence and identity of the policy owner/ claimant)
- (ဃ) အိမ်ထောင်စုစာရင်း (Census)
- (င) အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက် (Employer's Certificate form, in case employed)

၆။ အကျိုးခံစားခွင့်ငွေကိုမည်သို့ထုတ်ယူလိုပါသလဲ? - _____

- ငွေသား(Cash) ချက် (Cheque) စာရင်းပြောင်း (A/C Transfer) ငွေလွှဲ (Remittance)

၁။ ထုတ်ယူသူအမည် (Drawer Name) - _____

၂။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်(N.R.C No.) - _____

၃။ ဘဏ်အမည်/လိပ်စာနှင့် စာရင်းအမှတ်ကို ဖော်ပြရန် (Bank Name/ Address)- _____

၇။ အကယ်၍ ကိုယ်တိုင် ငွေ/ချက်/ ငွေလွှဲကို ထုတ်ယူနိုင်ရန် အခက်အခဲရှိပါက ကိုယ်စားထုတ်ယူမည့်သူ၏ -

(က) အမည်----- (ခ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်-----
 (ဂ) တော်စပ်ပုံ-----
 (ဃ) လိပ်စာအပြည့်အစုံ-----

(င) ၎င်း၏ထိုးမြဲလက်မှတ်နာမူနာ-----

- မှတ်ချက် ။ ၁။ အာမခံထားသူ၊ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၊ ငွေထုတ်ယူမည့်သူတို့အတူ ပါဝင်သည့် အိမ်ထောင်စုစာရင်း (မိတ္တူ) ကို ပူးတွဲတင်ပြရန်။
 ၂။ တောင်းခံငွေအမျိုးအစားလိုက် မသက်ဆိုင်သည့် အချက်များကို ဖြည့်စွက်ရန် မလိုပါ။



CB Life

CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်း အသက်အာမခံ(ထာဝစဉ်လုံးဝမသန်စွမ်း) အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ Short Term Endowment Life Insurance (Total Permanent Disability) Claim Form

ပေါ်လစီအမှတ် -

- (က) အာမခံထားသူအမည် -
- (ခ) အသက် -
- (ဂ) အဖအမည် -
- (ဃ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -
- (င) အာမခံထားငွေ -
- (စ) အာမခံသက်တမ်း -

ရောဂါ / ထိခိုက်ဒဏ်ရာအခြေအနေ

- ထာဝစဉ်လုံးဝမသန်စွမ်းမှုသည်ရောဂါကြောင့်ဖြစ်လျှင်
- ရောဂါအမည် -
- ရောဂါလက္ခဏာစတင်သတိထားမိသောနေ့ -
- ရောဂါ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ -
- ရောဂါ အမည်တပ်သည့်နေ့ -
- ရောဂါ အခြေအနေ -
- ပြန်လည်ကောင်းနိုင်ခြေ ရှိ/မရှိ -
- ဆေးရုံအမည်/ဆရာဝန်အမည် -
- လိပ်စာ -
- ဖုန်းနံပါတ် -

-
- ထာဝစဉ်လုံးဝမသန်စွမ်းမှုသည် ထိခိုက်ဒဏ်ရာကြောင့်ဖြစ်လျှင်
 - ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -
 - ထိခိုက်ဒဏ်ရာကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း -
 - ထိခိုက်ဒဏ်ရာ၏ အကြောင်းအရင်း -
 - ထိခိုက်ဒဏ်ရာ အခြေအနေ -
 - ပြန်ကောင်းနိုင်ခြေ ရှိ/မရှိ -
 - ဆေးရုံအမည်/ဆရာဝန်အမည် -
 - လိပ်စာ -
 - ဖုန်းနံပါတ် -

ထာဝစဉ်လုံဝမသန်စွမ်းသူအနေဖြင့် အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိခဲ့လျှင် ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပေးရန်။

စဉ်	ပေါ်လီစီအမှတ်	အာမခံစတင်သည့်နေ့	အာမခံထားငွေ	ကုမ္ပဏီအမည်

အထက်ပါ ထွက်ဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ဖြေဆိုထားပြီး မှန်ကန်ကြောင်း အောက်တွင် လက်မှတ်ရေး ထိုးပါသည်။

()
အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ

အသိသက်သေများ

(က) လက်မှတ် ----- (ခ) လက်မှတ်-----
 အမည် ----- အမည်-----
 အလုပ်အကိုင်----- အလုပ်အကိုင်-----
 လိပ်စာအပြည့်အစုံ----- လိပ်စာအပြည့်အစုံ-----

အောက်ပါတို့ကို ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲ တင်ပြအပ်ပါသည်။

- (က) ပေါ်လီစီစာချုပ်မူရင်း -----
- (ခ) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ထောက်ခံချက် -----
- (ဂ) ဆေးမှတ်တမ်း -----
- (ဃ) ကျေးရွာ/ရပ်ကွက်အုပ်ချုပ်ရေးမှူးထောက်ခံချက် -----

အကျိုးခံစားခွင့်ငွေကိုမည်သို့ထုတ်ယူလိုပါသလဲ? - -----

ငွေသား(Cash) ချက် (Cheque) စာရင်းပြောင်း (A/C Transfer) ငွေလွှဲ (Remittance)

၁။ ထုတ်ယူသူအမည် - -----

၂။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် - -----

၃။ ဘဏ်အမည်/လိပ်စာနှင့် စာရင်းအမှတ်ကို ဖော်ပြရန် - -----

အကယ်၍ ကိုယ်တိုင် ငွေ/ချက်/ ငွေလွှဲကို ထုတ်ယူနိုင်ရန် အခက်အခဲရှိပါက ကိုယ်စားထုတ်ယူမည့်သူ၏ -

(က) အမည် ----- (ခ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

(ဂ) တော်စပ်ပုံ -----

(ဃ) လိပ်စာအပြည့်အစုံ -----

(င) ၎င်း၏ထိုးမြဲလက်မှတ်နာမူနာ -----



CB Life

CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

ချေးငွေ/အမ်းငွေ/နှစ်စေ့ငွေရပြေစာ

ပေါ်လီစီအမှတ်-----ပိုင်ရှင်-----အတွက် ချေးငွေ/အမ်းငွေ/နှစ်စေ့ငွေ/သေဆုံးမှုတောင်းခံငွေ ကျပ် ----- (ကျပ်-----) ကို ရရှိကြောင်း အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

နေ့စွဲ!..... လက်မှတ်.....
အမည်.....
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြားအမှတ်.....

နှုတ်ရန်-	ချေးငွေ.....	ကျပ်.....	ကျပ်.....
	ချေးငွေအတိုး.....	ကျပ်.....	ကျပ်.....
	ပရီမီယံ.....	ကျပ်.....	ကျပ်.....
	တည်မြဲရေးအတိုး.....	ကျပ်.....	ကျပ်.....

အသားတင်ပေးရန် ငွေပေါင်း ကျပ် _____



CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

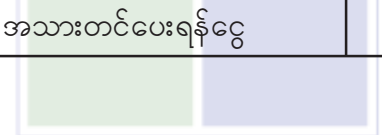
နှစ်စေ့/အမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေပြီးပြတ်လွှာ

ပေါ်လီစီအမှတ် ပေါ်လီစီနဲ့စွဲ
 အာမခံထားသူအမည် နှစ်စေ့/သေဆုံးသည့်နေ့.....
 တောင်းခံသူအမည် အာမခံထားငွေ

ကျွန်ုပ်ဦး/ဒေါ် သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ်အတွက်
 ရသင့်သည့် နှစ်စေ့/အမ်းငွေ သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ..... (ကျပ်.....)
 ၂၀.....ခု.....လ.....ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီမှ လက်ခံရရှိပါသည်။

ဥပဒေအရ ဤပေါ်လီစီနှင့်ပတ်သက်၍ ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေးများရယူလျက် ကျွန်ုပ်သည်ဤပေါ်လီစီကို
 ဖျက်သိမ်းရန်အတွက် CB Life Insurance သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ပါသည်။

အကြောင်းအရာ	ခုနှိမ်ရန်		ပေးရန်တောင်းခံငွေ	
	ကျပ်	ပြား	ကျပ်	ပြား
(၁) နှစ်စေ့/အမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ				
(၂) ပရီမီယံ				
(၃) တည်မြဲရေးအတိုး				
(၄) ချေးငွေနှင့် ချေးငွေအတိုး				
(၅) ပေးရန်ကျန်ရှိ တောင်းခံငွေ				



အသိသက်သေ

တောင်းခံသူ

လက်မှတ် _____
 အမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____

လက်မှတ် _____
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြားအမှတ် _____
 အဖအမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____

ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် _____

၂၀_____ ခု _____ လ _____ ရက်နေ့တွင် အထက်ဖော်ပြပါ ဦး/ဒေါ် _____
 (နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြား _____) သည် ကျွန်ုပ်ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးကြောင်း
 ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

အရာရှိ လက်မှတ် _____
 အရာရှိ အမည် _____
 အရာရှိ ရာထူး _____



သတိပြုရန်

- (၁) ဤပြီးပြတ်လွှာကို အရာရှိတစ်ဦးဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်။
- (၂) စာမတတ်သူသည် တံဆိပ်ခေါင်းကပ် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်နေရာတွင် လက်ဝဲ လက်မနှိပ်ပေးရန်။
- (၃) ဤပြီးပြတ်လွှာနှင့်အတူ ပေါ်လီစီစာချုပ်ကြီးပါ ပြန်အပ်ရန်။