



CB Life Insurance Company Ltd.
စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

တောင်သူလယ်သမားအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံထားသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာ ဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည် ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသောပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

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

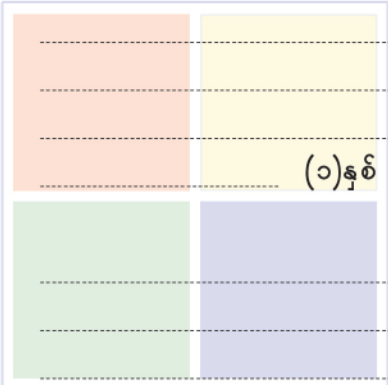
(ဃ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်

(င) တော်စပ်ပုံ

(စ) ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

(ဆ) ဖုန်းနံပါတ်

(ဇ) ရာခိုင်နှုန်းအချိုးအစား



အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ

၉။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိပါလျှင်

(က) အာမခံကုမ္ပဏီအမည်

(ခ) အာမခံလက်မှတ် အမှတ်

(ဂ) အာမခံထားငွေ

(ဃ) အာမခံသက်တမ်း

၁၀။ (က) အာမခံထားရန် အဆိုပြုသူ၏ လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ

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

ရှိပါသည် မရှိပါ

(ခ) လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ
 လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ဆေးရုံတက်ဖူးပါသလား၊ တက်ဖူးပါက မည်သည့် ရောဂါကြောင့် တက်သနည်း။
 တက်ဖူးပါသည် မတက်ဖူးပါ

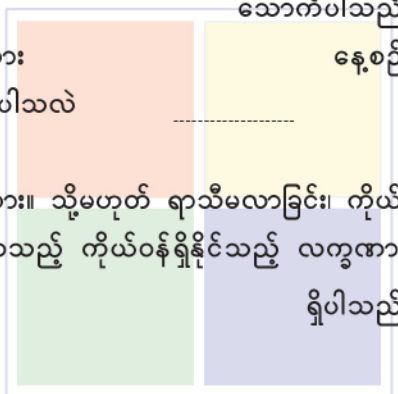
ရောဂါအမည်
 ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်
 ဆရာဝန်အမည်
 ကုသသည့်ကာလ

လက်ရှိအခြေအနေ
 (၁) လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး (၂)ကုသနေဆဲ
 (၃) အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ
 ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိကဖော်ပြရန်

(ဂ) ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား
 သောက်ပါသည် မသောက်ပါ
 ဆေးလိပ်သောက်သည့်ခုနှစ် နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ
 နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက်

(ဃ) အရက်သောက်ပါသလား သောက်ပါသည် မသောက်ပါ
 နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ
 တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ

(င) ကိုယ်ဝန်
 လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မှုးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟု
 ယူဆသည့်လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။
 ရှိပါသည် မရှိပါ



ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိ ကျန်းမာရေး အခြေအနေမှာ ကောင်းမွန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် အာမခံထားသူလက်မှတ်
 အသိသက်သေအမည် အာမခံထားသူအမည်
 ဖုန်းနံပါတ် ရက်စွဲ

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူအနေဖြင့် အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကောင်း/မကောင်း မှတ်ချက် ပြုပါရန်။

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူ လက်မှတ်
 အမည်
 ရာထူး