



CB Life Insurance Company Ltd.
စိဘီ အသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီ လီမိတက်

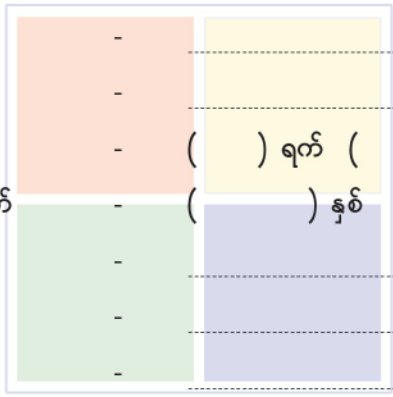
ပြည်သူ့ပြည်သားနှစ်ချင်း အသက်အာမခံအဆိုလွှာ

ရေးသွင်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများကို တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်းစသည့် မမှန်ကန်သော အချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် **အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိမည်မဟုတ်ပါကြောင်း** သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။ ထိုသို့ဖြစ်ပါက ပေးသွင်းထားသည့် ပရီမီယံကြေးများကို ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ကြောင်း ကိုလည်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။

အဆိုလွှာအမှတ် အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ်

၁။ ပေါ်လစီရှင်

အမည်	-	.....
အမည် (အင်္ဂလိပ်)	-	.....
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကိစ္စအမှတ်	-	.....
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- () ရက် () လ () ခုနှစ်	.....
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- () နှစ်	.....
အဘအမည်	-	.....
အလုပ်အကိုင်	-	.....
နေရပ်လိပ်စာ	-	.....
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-	.....
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်	-	.....



၂။ အာမခံထားသူ

အမည်	-	.....
အမည် (အင်္ဂလိပ်)	-	.....
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကိစ္စအမှတ်	-	.....
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- () ရက် () လ () ခုနှစ်	.....
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- () နှစ်	.....
အဘအမည်	-	.....
အလုပ်အကိုင်	-	.....
နေရပ်လိပ်စာ	-	.....
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-	.....
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်	-	.....

၃။ အာမခံထားငွေ -

၄။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ် သိက္ခမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်မည့်သူ)

အမည် -

သိက္ခမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -

နေရပ်လိပ်စာ -

ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် -

၅။ သေဆုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ အမည်၊ တော်စပ်ပုံ၊ ရာခိုင်နှုန်းအချိုးအစား

.....
.....
.....

၆။ အခြားကုမ္ပဏီအာမခံကုမ္ပဏီတွင် ပြည်သူပြည်သားနှစ်ချင်းအသက်အာမခံ ဝယ်ထားပါသလား။
ရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -

အာမခံထားငွေ -

အာမခံစာချုပ်ချုပ်ဆိုသည့်နေ့ -

