



CB Life

CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

စုပေါင်းကျန်းမာရေးနှင့် ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအသက်အာမခံအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ

(Claim Form for Group Life Accident and Health Insurance)

ရက်စွဲ (Date) -----

၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/အမှတ် (Agent's Name and No.) -----

၂။ ပေါ်လစီရှင်အမည် (Policy Holder Name) -----

အာမခံစာချုပ်အမှတ် (Policy No.) -----

၃။ အာမခံကုမ္ပဏီသို့ ကနဦးအကြောင်းကြားသည့်နေ့ -----

(Date of initially informing the insurance company)

၄။ အာမခံထားသူအမည် (Insured/Member's Name) -----

အာမခံထားသူ အမှတ် (Insured's Code) -----

အဘအမည် (Father's Name) -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် (NRC/FRC No.) -----

မွေးသက္ကရာဇ်၊ အသက် (Date of Birth and Age) -----

အလုပ်အကိုင် (Occupation) -----

နေရပ်လိပ်စာ (Address) -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် (Phone No.) -----

၅။ အုပ်ထိန်းသူ/အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအမည် -----

(Name of legal guardian/beneficiary)

အဘအမည် (Father's name) -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် (NRC/FRC No.) -----

မွေးသက္ကရာဇ်၊ အသက် (Date of Birth and Age) -----

တော်စပ်ပုံ (Relationship) -----

နေရပ်လိပ်စာ (Address) -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် (Phone No.) -----

Email -----

ဘဏ်အကောင့်နံပါတ်နှင့် ဘဏ်အမည် -----

(Bank Account No. and Bank Name) -----

၆။ ယခုအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသည့် အာမခံထားသူအဖွဲ့ဝင်သည် ယခင်က ဤပေါ်လစီနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံ (သို့) ရရှိဖူးပါ သလား။ (Has the claimant/member ever submitted any claim request or ever been compensated for any coverage under the same policy?)

- တောင်းခံ/ရရှိခဲ့ဖူးပါသည်။ (Yes) မတောင်းခံခဲ့/မရရှိခဲ့ဖူးပါ။ (No)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံ (သို့) ရရှိခဲ့ဖူးပါက မည်သည့်အကာအကွယ်အတွက်ဖြစ်ကြောင်း ရွေးချယ်ပေးပါ။ (If yes, please select:)

- မတော်တဆ ထိခိုက်မှုလျော်ကြေး (Accidental indemnity)
 အတွင်းလူနာအဖြစ် ဆေးရုံတက် ကုသစရိတ် (Inpatient hospitalization expense)
 ပြင်ပလူနာအဖြစ် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပြခြင်း (Outpatient Hospitalization/Clinic)

၇။ အခြားအာမခံထားသူ အဖွဲ့ဝင်များသည် ယခင်က ဤပေါ်လစီနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံ (သို့) ရရှိဖူးပါသလား။ (Has any other insured member under this same policy ever submitted any claim request or ever been compensated for any coverage?)

- တောင်းခံ/ရရှိခဲ့ဖူးပါသည်။ (Yes) မတောင်းခံခဲ့/မရရှိခဲ့ဖူးပါ။ (No)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံ (သို့) ရရှိခဲ့ဖူးပါက မည်သည့်အကာအကွယ်အတွက်ဖြစ်ကြောင်း ရွေးချယ်ပေးပါ။ (If yes, please select:)

- မတော်တဆ ထိခိုက်မှုလျော်ကြေး (Accidental indemnity)
 အတွင်းလူနာအဖြစ် ဆေးရုံတက် ကုသစရိတ် (Inpatient hospitalization expense)
 ပြင်ပလူနာအဖြစ် ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းပြခြင်း (Outpatient hospitalization/Clinic)

၈။ တောင်းခံခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များအားလုံးကို အထောက်အထားများနှင့်တကွ ပြည့်စုံစွာ ဖော်ပြပါသည်။ (Following information, related to the claimant of benefit is stated together with reliable proof.)

- (က) ဖြစ်ပွားသည့်နေ့ရက်/ ကာလ (Date of incident) -----
- (ခ) ဖြစ်ပွားရသည့်အကြောင်းအရင်း (Cause of incident) -----
- (ဂ) ဆေးရုံတက်သည့်ရက် (Date of admission) -----
- (ဃ) ဆေးရုံဆင်းသည့်ရက် (Date of discharge) -----
- (င) ဆေးရုံတက်သည့်ရက်စုစုပေါင်း (Total Hospitalization days) -----
- (စ) ဆေးကုသခွဲသည့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်၊ လိပ်စာ -----
(Name and address of the hospital) -----

၉။ ဝယ်ယူထားသည့် အာမခံအစီအစဉ် (Purchased insurance plan) -----

၁၀။ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသည့်အမျိုးအစား

- (၁) သေဆုံးခြင်းအသက်အာမခံ (Life Insurance: Death due to all reason)
- (၂) မတော်တဆထိခိုက်မှုလျော်ကြေး (Accidental indemnity)
 - (က) မတော်တဆမှုကြောင့်သေဆုံးခြင်း (အကျိုးခံစားခွင့်(၁) အပြင်ထပ်ဆောင်းပေးခြင်း)
(Loss of life as a result of an accident (pay additional from 1))
 - (ခ) လက် (သို့) ခြေထောက် (သို့) အမြင်အာရုံ စသည်တို့ နှစ်ဖက်လုံးဆုံးရှုံးခြင်း
(Loss of hands or feet or eyesight (both sides))
 - (ဂ) လက်တစ်ဖက် (သို့) ခြေတစ်ဖက် နှင့်အတူ အမြင်အာရုံတစ်ဖက် ဆုံးရှုံးခြင်း
(Loss of one hand or one foot, and one eyesight)
 - (ဃ) လက်တစ်ဖက်နှင့် ခြေတစ်ဖက် ဆုံးရှုံးခြင်း (Loss of both hands and feet)
 - (င) လက် (သို့) ခြေ (သို့) အမြင်အာရုံ တစ်ဖက် ဆုံးရှုံးခြင်း (Loss of one hand or foot or one eyesight)
 - (စ) ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း (Permanent Disability)
 - (ဆ) လုံးဝထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း (Total Permanent Disability)
 - (ဇ) တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း (Partial Permanent Disability)
 - (ဈ) ဆေးဝါးကုသစရိတ် (Medical Expense)
 - (ည) ရောဂါကြောင့် လုံးဝ ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း (Total Permanent Disability due to Illness)
 - (ဋ) အတွင်းလူနာအဖြစ် ဆေးရုံတက် ကုသစရိတ် (Inpatient hospitalization expenses)
 - (ဌ) နေ့စဉ် အခန်းခကုန်ကျစရိတ် (တစ်ရက်စာ) (Daily hospital room & board (per day))
သာမန်ကုသဆောင်စရိတ် (အများဆုံး ၃၁ ရက်စာ) (Non-intensive care unit with
a maximum limit of 31 days) ----- ရက် (days)
အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်စရိတ် (အများဆုံး ၇ ရက်စာ) (Intensive care unit (ICU)
with a maximum limit of 7 days) ----- ရက် (days)
 - (ဍ) အခြားဆေးဝါးကုသမှု ကုန်ကျစရိတ် (ဆေးရုံဆင်းပြီး ရက် ၃၀ အတွင်း အခြေအနေစစ်ဆေး ခြင်း
အပါအဝင်) (Other medical expenses (including follow up within 30 days after discharge))
 - (ဎ) ခွဲစိတ်ကုသမှုစရိတ် (Surgical fee)
 - (ဏ) ဆေးရုံတွင်း ဆရာဝန်နေ့စဉ်ကြည့်ရှုခ (တစ်ရက်စာ) (In-hospital physician's visit (per day))
 - (ဏ) အထူးကုဆရာဝန်စရိတ် (Specialist consultation fees)
 - (စ) မတော်တဆမှုကြောင့် အရေးပေါ်ပြင်ပလူနာအဖြစ် ကုသမှုခံရခြင်း (Emergency out-patient
treatment due to accident)
 - (ဆ) အရေးပေါ်လူနာတင်ယာဉ်စရိတ် (Ambulance service fees)
 - (၅) ပြင်ပလူနာအဖြစ် ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းပြခြင်း (Outpatient hospitalization/Clinic)

ဆေးရုံ/ ဆေးခန်း တစ်ကြိမ်ပြုသမှုအတွက် ဆေးဝါးစရိတ် (အများဆုံး တစ်ရက်တစ်ကြိမ် နှင့် တစ်နှစ်ကို အကြိမ် ၃၀)
 (Outpatient medical expenses per OPD Appointment Visit (Max limit visit 1 visit/day and 30 visit/year))
 အကြိမ်အရေအတွက် (Number of visits) -----

၁၁။ အလုပ်ရှင်ထောက်ခံချက် (Policyholder/Employer's Approval)

(က) ဦး/ဒေါ် ----- သည် ပေါ်လစီအမှတ် ----- ဖြင့်
 စုပေါင်းကျန်းမာရေးနှင့်ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအသက်အာမခံ ထားရှိခဲ့ပါသည်။

Mr/ Mrs./ Ms. ----- has insured under policy no -----

(ခ) အထက်ပါလျှော်ကြေးတောင်းခံသည့် အချက်အလက်များမှာ မှန်ကန်ကြောင်းထောက်ခံပါသည်။

I approve that the described information for claimant of benefit is truthful.

အလုပ်ရှင်လက်မှတ် (Signature of Employer) ()

အလုပ်ရှင်အမည် (Employer's Name) -----

အလုပ်ရှင်ရာထူး (Employer's Position) -----

လုပ်ငန်းလိပ်စာ (Business Location) -----

အသိသက်သေ
(Witness/Agent)

()

အာမခံထားသူ/အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ
(Insured/Beneficiary)

()

အမည်(Name) -----

အမည်(Name) -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်(NRC No.) -----

နေရပ်လိပ်စာ(Address) -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ်(Phone No.) -----



CB Life Insurance Company Ltd.

စီဘီအသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံငွေပြီးပြတ်လွှာ

ပေါ်လီစီအမှတ် ပေါ်လီစီနေ့စွဲ
 အာမခံထားသူအမည် နှစ်စေ့/သေဆုံးသည့်နေ့
 တောင်းခံသူအမည် အာမခံထားငွေ
 ကျွန်ုပ်ဦး/ဒေါ် သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ်
 အတွက် ရသင့်သည့် အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံငွေ
 (ကျပ်) ၂၀.....ခု ၊ လ ၊ ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီမှ
 လက်ခံရရှိပါသည်။

ဥပဒေအရ ဤပေါ်လီစီနှင့် ပတ်သက်၍ ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေးများရယူလျက် ကျွန်ုပ်သည် ဤပေါ်လီစီကို ဖျက်သိမ်းရန်အတွက် CB Life Insurance သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ပါသည်။

အကြောင်းအရာ	ခုနှစ်ရန်		ပေးရန်တောင်းခံငွေ	
	ကျပ်	ပြား	ကျပ်	ပြား
<input type="checkbox"/> ပညာရေးအကျိုးခံစားခွင့် <input type="checkbox"/> ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် <input type="checkbox"/> ရှင်သန်မှု <input type="checkbox"/> နှစ်စေ့ <input type="checkbox"/> အမ်းငွေ <input type="checkbox"/> စာရင်းပိတ်ချေးငွေ <input type="checkbox"/> ဒဏ်ရာ <input type="checkbox"/> သေဆုံးမှု <input type="checkbox"/> မတော်တဆသေဆုံးမှုတောင်းခံငွေ <input type="checkbox"/> Loan Interest <input type="checkbox"/> APL Interest Outstanding <input type="checkbox"/> Loan Fees				
အသားတင်ပေးရန်ငွေ				

အသိသက်သေ

တောင်းခံသူ

လက်မှတ် လက်မှတ်
 အမည် နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြားအမှတ်
 နေရပ်လိပ်စာ 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။