CB Life Insurance Company Ltd.
စီဘီ အသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီလီမိတက်

သို့

မန်နေဂျာ
စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်
ရန်ကုန်မြို့။

ရက်စွဲ ။ ၂၀ ခုနှစ်၊ လ၊ ရက်။

အကြောင်းအရာ ။ ။ **စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်၏ ---------- အသက်အာမခံပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့် လျှောက်ထားခြင်း။**

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

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

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

ပူးတွဲပါ

- အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ
- ပေါ်လစီစာချုပ်မူရင်း
- နောက်ဆုံးပေးသွင်းခဲ့သည့် ပရီမီယံပြေစာ
- တောင်းခံသူ၏ ဘဏ်စာရင်းနံပါတ်ပါ မိတ္တူ (ဘဏ်စာအုပ်)
- သေစာရင်းမိတ္တူမှန်
- သေဆုံးကြောင်း ကျေးရွာ/ရပ်ကွက်အုပ်ချုပ်ရေးမှူးထောက်ခံချက် (လိုအပ်ပါက)
- မှတ်ပုံတင်မိတ္တူ (တောင်းခံသူနှင့်သေဆုံးသူ)
- ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းနှင့် ကုသသည့် ဆရာဝန်ထောက်ခံချက် (ထာဝစဉ်မစွမ်းသန်)
- အကျိုးခံစားခွင့်နှင့် လွှဲပြောင်းခံရသည့်ဘဏ်/ ငွေရေးကြေးရေးအဖွဲ့အစည်း၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏
လက်မှတ် ----------
အမည် ----------
အဘအမည် ----------
မှတ်ပုံတင်အမှတ် ----------
နေရပ်လိပ်စာ ----------
ဖုန်းနံပါတ် ----------

CB Life Insurance Company Ltd.
စီဘီ အသက်အာမခံ ကုမ္ပဏီ လီမိတက်

---------- အသက်အာမခံ (သေဆုံးမှု) အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ

Life Insurance Death Claim Form

Claim No.

သေဆုံးသူအမည် (Name of the Deceased) - _____

ပေါ်လီစီအမှတ် (Policy No.) - _____ အာမခံထားငွေ (Sum Insured) _____

၁။ သေဆုံးသူ (အာမခံထားသူ)နှင့် ပတ်သက်သည့် အကြောင်းအရာ

(က) သေဆုံးသည့်နေရာ - ☐ ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း ☐ အိမ်၌သေဆုံးခြင်း ☐ အခြား ( ) အမှန်ခြစ်ရန်။

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

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

_____

၂။ သေဆုံးသည့်အကြောင်းအရာ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြရန်။

☐ **ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း။**

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

(ခ) ဆေးရုံတက်သည့်အချိန်နှင့်နေ့ရက် (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**

(c) 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) - _____

_____

အထက်ပါထွက်ဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ဖြေဆိုထားပြီး မှန်ကန်ကြောင်းအောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

( )

သေဆုံးသူနှင့်ဆက်နွယ်ပုံ (Relationship to deceased)_____ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ

အကယ်၍ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏

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

(ဂ) တော်စပ်ပုံ ----------

(ဃ) လိပ်စာအပြည့်အစုံ ----------

(c) ဘဏ်ခွဲ၏အမည်/လိပ်စာနှင့် ဘဏ်စာရင်းအမှတ်ဖော်ပြရန် ----------

---

(စ) ၎င်း၏ထိုးမြဲလက်မှတ်နာမူနာ ----------

မှတ်ချက်။ ၁။ တောင်းခံငွေအမျိုးအစားလိုက် မသက်ဆိုင်သည့် အချက်များကို ဖြည့်စွက်ရန်မလိုပါ။

CB Life Insurance Company Ltd.
စီဘီအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာပြေပြစ်လွှာ

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

ဥပဒေအရ ဤပေါ်လစီနှင့် ပတ်သက်၍ ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေးများရယူလျှက် ကျွန်ုပ်သည် ဤပေါ်လစီကို ဖျက်သိမ်းရန်အတွက် CB Life Insurance သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ပါသည်။

အကြောင်းအရာ	ခုနှိမ်ရန်		ပေးရန်တောင်းခံငွေ	
	ကျပ်	ပြား	ကျပ်	ပြား
☐ ပညာရေးအကျိုးခံစားခွင့် ☐ ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် ☐ ရှင်သန်မှု ☐ နှစ်စေ့ ☐ အမ်းငွေ ☐ စာရင်းပိတ်ချေးငွေ ☐ ဒဏ်ရာ ☐ သေဆုံးမှု ☐ မတော်တဆသေဆုံးမှုတောင်းခံငွေ ☐ Loan Interest ☐ APL Interest Outstanding ☐ 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 _____

ရုံးတံဆိပ်

သတိပြုရန်

(၁) ဤပြီးပြတ်လွှာကို အရာရှိတစ်ဦးဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်။
(၂) စာမတတ်သူသည် တံဆိပ်ခေါင်းကပ် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်နေရာတွင် လက်ဝဲ လက်မနှိပ်ပေးရန်။