



106 , University Avenue Road, Ward 9, Kamayut Township,
YANGON, MYANMAR. PC - 11041

Ph +95 1 523094 - 95, Fax: +95 1 534988 WWW.EFDGROUP.COM

ပညာရေး အသက်အာမခံ အဆိုလွှာ

Education Life Insurance Proposal Form

အဆိုလွှာအမှတ် -	အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ် -
၁။ ပေါ်လစီရှင်	-
အမည်	-
အမည် (အင်္ဂလိပ်)	-
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် (လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	-
မွေးနေ့သက္ကရာဇ် (လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- ()ရက် ()လ ၊ () ခုနှစ်။
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် (လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	- () နှစ်
အဘအမည် (လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	-
အလုပ်အကိုင် (လူပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ပါက)	-
နေရပ်လိပ်စာ	-
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
၂။ အာမခံထားသူ	-
အမည်	-
အမည် (အင်္ဂလိပ်)	-
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	()ရက် ()လ ၊ () ခုနှစ်။
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	() နှစ်
အဘအမည်	-
အလုပ်အကိုင်	-
နေရပ်လိပ်စာ	-
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
၃။ အာမခံထားငွေ	-
၄။ အာမခံသက်တမ်း	() နှစ်
၅။ အာမခံအမျိုးအစား	-
၆။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း	() ဝလတစ်ကြိမ်၊ () ၃လ တစ်ကြိမ်၊ () ၆လတစ်ကြိမ်၊ () ၁နှစ်တစ်ကြိမ်

၇။ အာမခံထားသူ နှင့်အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့်မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)

အမည် -
 သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -
 နေရပ်လိပ်စာ -
 ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် -

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည် ၊ တော်စပ်ပုံ ၊ လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း အချိုးအစား

၉။ ဤ ပညာရေးအသက်အာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိဖူးပါသလား။ ရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

ကုမ္ပဏီအမည် -
 အာမခံထားငွေ -
 အာမခံစသည့်နေ့ -

အထက်ပါ ဖော်ပြချက် များနှင့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးချက် အစီရင်ခံပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ် ၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်းသဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါ ဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန် သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် ဤ ပဋိညာဉ် ပျက်ပြယ် မည် ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။ ။

_____ မြို့နယ်၊ _____ ဌာ _____ ခုနစ် ၊ _____ လ၊
 _____ ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ပေါ်လစီရှင်လက်မှတ် _____
 အာမခံထားသူလက်မှတ် _____

<u>အသိသက်သေ</u>		<u>အသိသက်သေ</u>	
လက်မှတ်	-	လက်မှတ်	-
အမည်	-	အမည်	-
ဖုန်းနံပါတ်	-	ဖုန်းနံပါတ်	-
ရက်စွဲ	-	ရက်စွဲ	-