



106, University Avenue Road, Ward 9, Kamayut Township,
 Yangon, MYANMAR. 11041
 Ph: +95 1 523094 - 95, Fax: +95 1 534988, WWW.EFDGROUP.COM

ပြည်သူ့ပြည်သားနှစ်ချင်း အသက်အာမခံ

Public Term Life Insurance Proposal Form

ရေးသွင်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးချက် အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများကို တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်လွှဲမှားစွာ ဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်းစသည့် မမှန်ကန်သောအချက် (သို့မဟုတ်) အချက်များပါရှိခဲ့ လျှင် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိမည် မဟုတ်ပါကြောင်းသိရှိနားလည် သဘောတူပါသည်။ ထိုသို့ ဖြစ်ပါကပေးသွင်းထားသည့် ပရီမီယံကြေးများကိုပြန်လည် ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။

အဆိုလွှာအမှတ် - ကိုယ်စားလှယ်အမည် နှင့် အမှတ် -

၁။ ပေါ်လစီရှင်
 အမည်
 အမည် (အင်္ဂလိပ်)

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်
 မွေးနေ့သက္ကရာဇ် () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်၊
 နောင်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် () နှစ်

အဘအမည်
 အလုပ်အကိုင်

နေရပ်လိပ်စာ

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် နှင့် အီးမေးလ်

၂။ အာမခံထားသူ
 အမည်
 အမည် (အင်္ဂလိပ်)

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်
 မွေးနေ့သက္ကရာဇ် () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်၊
 နောင်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် () နှစ်

အဘအမည်
 အလုပ်အကိုင်

နေရပ်လိပ်စာ

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် နှင့် အီးမေးလ်

၃။ အာမခံထားငွေ (ကျပ်) -

၄။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ် သိကျွမ်းသော မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်မည့်သူ)

အမည်

သိကျွမ်းသည့် နှစ်အရေအတွက်

နေရပ်လိပ်စာ

ဖုန်းနံပါတ် နှင့် အီးမေးလ်

၅။ သေဆုံးမှု အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ အမည်၊ တော်စပ်ပုံ၊ ရာခိုင်နှုန်းအချိုးအစား

၆။ အခြားအာမခံကုမ္ပဏီတွင် ပြည်သူပြည်သားနှစ်ချင်း အသက်အာမခံ ဝယ်ထားပါသလား ? ရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်

အာမခံထားငွေ

အာမခံစာချုပ်ချုပ်ဆိုသည့်နေ့