



PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL

ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆရာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီးပေးသွင်းထား သောပရီမီယံများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။
 You are to disclose in this proposal form fully and faithfully all facts which you know or ought to know or ought to know, otherwise the insurance effected may be void.

	အဆိုလွှာအမှတ် Proposal No.
--	-------------------------------

ကိုယ်စားလှယ်အမည် Agent's Name		ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် Agent's No.	
အာမခံထားသူအမည် Name of Insured		အဘအမည် Father's name	
အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင် အမှတ် NIC No.		မှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.	
နေရပ်လိပ်စာ Address	No. Building (ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)
			Township (မြို့နယ်)
			City (မြို့)
အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ Marital status	<input type="checkbox"/> ရှိ Married	<input type="checkbox"/> မရှိ Single	ကျား/မ Gender
အရပ် Height	ပေ Feet	လက်မ Inches	ကျား Male
			မ Female
အလုပ်ဌာနလိပ်စာ Company's Address		Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)
			City (မြို့)
ဖုန်းနံပါတ် Phone		အီးမေးလ် Email	
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth		အသက် Age	
အာမခံထားငွေ Sum Insured		အာမခံသက်တမ်း Term	

အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးခြင်း
ASSIGNMENT OF BENEFIT

အမည် Name		အမျိုးသား/နိုင်ငံသား မှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.	
အဘအမည် Father's name		တော်စပ်ပုံ Relationship	
အသက် Age		လွှဲပြောင်းမည့်အချိုးအစား percentage of benefit	
	No. Building (ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)
			Township (မြို့နယ်)
			City (မြို့)
လိပ်စာ			

Address

ဖုန်းနံပါတ်

Phone No.

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များမှန်ကန်ပါသည်။

I declare that I am healthy and the above statements are true.

အသိသက်သေလက်မှတ်

Signature of Witness

ဝန်ထမ်းလက်မှတ်

Signature of Employee

အသိသက်သေအမည်

Name of Witness

ဝန်ထမ်းအမည်

Name of Employee

ရက်စွဲ

Date

ရက်စွဲ

Date

အလုပ်ရှင်လက်မှတ်

Signature of Employee

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်)

office/company seal

အမည်

နေ့စွဲ Name

Date

ရက်

Day

လ

Month

ခုနှစ်

Year



|
