



EDUCATION LIFE INSURANCE
ပညာရေးအသက်အာမခံ အဆိုလွှာ



အဆိုလွှာအမှတ်
Proposal No.

သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆွဲစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲမှားဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။
You are to disclose in this proposal form fully and faithfully all facts which you know or ought to know, otherwise the insurance effected may be voided.

ကိုယ်စားလှယ်အမည် Agent's Name	ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် Agent's No.
----------------------------------	----------------------------------

၁။ပေါ်လစီရှင်အမည် Policy Holder Name	<input style="width:100%" type="text"/>				
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်အမှတ် NIC No.	<input style="width:100%" type="text"/>	နိုင်ငံကူးလက်မှတ် အမှတ် Passport No.	<input style="width:100%" type="text"/>		
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ခုနှစ် Year <input style="width:30px" type="text"/>	လ Month <input style="width:30px" type="text"/>	ရက် Day <input style="width:30px" type="text"/>		
နောက်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက် Age In Next Birthday	<input style="width:30px" type="text"/>	နှစ် နှစ်	အလုပ်အကိုင် Occupation	<input style="width:100%" type="text"/>	
			အဘအမည် Father's Name	<input style="width:100%" type="text"/>	
နေရပ်လိပ်စာ Contact Address	No. Building (မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Permanent Address	No. Building (မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	<input style="width:100%" type="text"/>		အီးမေးလ် Email	<input style="width:100%" type="text"/>	

၂။အာမခံထားသူအမည် Insured Name	<input style="width:100%" type="text"/>				
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်အမှတ် NIC No.	<input style="width:100%" type="text"/>	နိုင်ငံကူးလက်မှတ် အမှတ် Passport No.	<input style="width:100%" type="text"/>		
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ခုနှစ် Year <input style="width:30px" type="text"/>	လ Month <input style="width:30px" type="text"/>	ရက် Day <input style="width:30px" type="text"/>		
နောက်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက် Age In Next Birthday	<input style="width:30px" type="text"/>	နှစ် နှစ်	အလုပ်အကိုင် Occupation	<input style="width:100%" type="text"/>	
			အဘအမည် Father's Name	<input style="width:100%" type="text"/>	
နေရပ်လိပ်စာ Contact Address	No. Building (မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Permanent Address	No. Building (မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)
	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>	<input style="width:100%" type="text"/>
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	<input style="width:100%" type="text"/>		အီးမေးလ် Email	<input style="width:100%" type="text"/>	

၃။ အာမခံထားငွေ Sum Insured <input style="width:90%;" type="text"/>	၄။ အာမခံသက်တမ်း Policy Term <input style="width:90%;" type="text"/> နှစ်
---	---

၅။ အာမခံအမျိုးအစား Type Of Insurance <input style="width:95%;" type="text"/>

၆။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း Premium Payment Type <input style="width:20%;" type="text"/>	၁လတစ်ကြိမ် Monthly <input style="width:20%;" type="text"/>	၃ လတစ်ကြိမ် Quarterly <input style="width:20%;" type="text"/>	၆လတစ်ကြိမ် Bi-annually <input style="width:20%;" type="text"/>	၁နှစ်တစ်ကြိမ် Annually <input style="width:20%;" type="text"/>
---	---	--	---	---

၇။ ငွေပေးချေပုံ Payment	ငွေသား <input type="checkbox"/>	ဘဏ် <input type="checkbox"/>	ဘဏ်အမည် <input style="width:95%;" type="text"/>
----------------------------	---------------------------------	------------------------------	---

ဤလုပ်ငန်း၌ဖြစ်စေ၊ တခြားကုမ္ပဏီ၌ဖြစ်စေ၊ အသက်အာမခံထားပြီးဖြစ်လျှင် ဖော်ပြပါ။
 Do you have/have you had life insurance policy with this company or other companies; please describe.

အာမခံထားငွေ Sum Insured	ထားရှိသည့်အာမခံကုမ္ပဏီ Insurance Company	အာမခံအမျိုးအစားနှင့်ပေါ်လစီအမှတ် Type Of Insurance & Policy Number	ပရီမီယံမသွင်းမိပါကပေါ်လစီပျက်ပြယ်သောနေ့ Date of lapse policy

(အခြားကုမ္ပဏီတစ်ခုတွင် အသက်အာမခံထားပြီးပါက ထိုအာမခံကုမ္ပဏီ၏ ပေါ်လစီသည် အတည်ဖြစ်နေကြောင်း နောက်ဆုံးပြေစာကို ပူးတွဲ၍တင်ပြပါ။)
 Please submit latest invoice together to approve the policy is valid if you have life insurance in other company.

အသက်အာမခံ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း။
 Assignment of the Benefit.

စဉ် No	အမည် Name	အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC Number	အဘအမည် Father's Name	တော်စပ်ပုံ Relationship	အသက် Age	လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်းအမျိုးအစား The Percentage of benefits to be transferred

သင်နှင့်တစ်နှစ် အနည်းဆုံးပေါင်းသင်းလျှောက်ရှိသော မိတ်ဆွေအမည်
 Your friend's name whose friendship is at least one year.

နေရပ်လိပ်စာ Address	No. Building (မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)	Township (မြို့နယ်)	City (မြို့)

ဤမိတ်ဆွေနှင့် သိသည်မှာ နှစ် ရှိပါသည်။
 I have been familiar with this person years ago.

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီအရင်ခံပါအခြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်းကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ချုပ်ဆိုသောပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အခြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက် (သို့မဟုတ်) အချက်များရှိခဲ့ပါလျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည် ဖြစ်ကြောင်းကိုသိရှိပါသည်။

I declare that the above statements and the declarations in medical checkup are true. I agreed that these statements are the basic facts of the contract between me and the company. I also agreed the closing up of this insurance if there is something misrepresentation in statements.

ယခုအဆိုလွှာအား မြို့နယ်တွင် ခုနှစ် လ ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။
 This proposal is signed in (Township) on Year Month Day

အာမခံထားသူ
Insured

အသိသက်သေ
Witness

လက်မှတ်
Signature
အမည်
Name
ဖုန်းနံပါတ်
Phone number
ရက်စွဲ
Date

လက်မှတ်
Signature
အမည်
Name
ဖုန်းနံပါတ်
Phone number
ရက်စွဲ
Date

ပေါ်လစီရှင်
Policy Holder

AMI Life မှတာဝန်ရှိသူ
AMI Life Authorized Person

လက်မှတ်
Signature
အမည်
Name
ဖုန်းနံပါတ်
Phone number
ရက်စွဲ
Date

လက်မှတ်
Signature
အမည်
Name
ရာထူး
Resignation
ရက်စွဲ
Date