



SHORT TERM ENDOWMENT LIFE INSURANCE PROPOSAL

နှစ်တိုငွေပင်ငွေရှင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ



AMI Life

အသက်အာမခံ

အဆိုလွှာအမှတ်
Proposal No.

သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆရာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲပြောင်းဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် 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.

ပေါ်လီစီရှင်အမည် Policy Holder Name		အမျိုးသား/ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.			
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ခုနှစ် Year	လ Month	ရက် Day	အဘအမည် Father's name	
ကုမ္ပဏီအမည် Company Name			အလုပ်ဌာနအမည် Department Name		
လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business					
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Contact Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.			အီးမေးလ် Email .		
အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ Relationship					

အာမခံထားသူအမည် Insured Name		အဘအမည် Father's name			
အမျိုးသား/ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.		မွေးသက္ကရာဇ် Age			
အလုပ်အကိုင် Occupation		အလုပ်ဌာနအမည် Name of Department			
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Contact Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
အမြဲတမ်းနေထိုင်သည့် လိပ်စာ Permanent Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.		မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ခုနှစ် Year	လ Month	ရက် Day
အီးမေးလ် Email .		ဖော်ပြသည့် အသက်မှန်ကန်ကြောင်း အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်လက်မှတ် မိတ္တူ ပူးတွဲတင်ပြပါ။ Please submit NIC copy to verify age.			

အာမခံထားငွေ Sum Insured	အာမခံသက်တမ်း Term		
ပရီမီယံကိုလစဉ် (သို့) သုံးလ၊ ခြောက်လ၊ တစ်နှစ် စသည်ဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ပေးသွင်းမည်နည်း Payment methods (Monthly, Quarterly, Biannually, Annually)			
ငွေပေးချေပုံ Payment	ငွေသား Cash	ဘဏ် Bank	ဘဏ်အမည် Bank Name

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	ထားရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီ 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.

**အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးခြင်း
ASSIGNMENT OF BENEFITS**

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

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

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

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

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီအရင်ခံပါအဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်းကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည်ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ချုပ်ဆိုသောပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင်မမှန်ကန်သောအချက် (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

အသိသက်သေများ Witness

လက်မှတ် _____
Signature
အမည် _____
Name
အလုပ်အကိုင် _____
Occupation
လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____
Address

လက်မှတ် _____
Signature
အမည် _____
Name
အလုပ်အကိုင် _____
Occupation
လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____
Address

အဆိုလွှာကို အဆိုလွှာတင်သူကိုယ်တိုင် ဖြည့်စွက်ရေးသားကြေးကြောင်းအသိသက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။
As a witness, I hereby sign that this proposal is completed by him/herself.

အာမခံထားသူလက်မှတ်
Insured Signature _____
နေရပ်လိပ်စာ
Address _____
နေ့စွဲ
Date _____

ကိုယ်စားလှယ်လက်မှတ်
Agent Signature _____
အမည်
Name _____
ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်
Agent's No. _____