



PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL

ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံအဆိုလွှာ



AMI Life

အသက်အာမခံ

သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်မိမိစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိခိုက်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။
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.

အဆိုလွှာအမှတ် Proposal No.
အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် Agent's Name
အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် Agent's No.

ပေါ်လီစီရှင် (Policy Holder)

ပေါ်လီစီရှင်အမည် Policy Holder Name	အဖအမည် Father's Name
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/ ကုမ္ပဏီမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No./ Company Registration No.	မွေးသက္ကရာဇ် ရက် <input type="text"/> လ <input type="text"/> ခုနှစ် <input type="text"/> Date of Birth Date Month Year
ကုမ္ပဏီအမည် Company Name	လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business
အလုပ်ဌာနအမည် Department Name	ရာထူး Position
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Address	မြို့အမှတ်/ တိုက်အမှတ် No. Building လမ်း Street ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/ Village မြို့နယ် Township မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	အီးမေးလ် Email.
အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ Relationship	

အာမခံထားသူ (Insured)

အာမခံထားသူအမည် Insured Name	အဖအမည် Father's Name	
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.	မွေးသက္ကရာဇ် ရက် <input type="text"/> လ <input type="text"/> ခုနှစ် <input type="text"/> Date of Birth Date Month Year	
ကုမ္ပဏီအမည် Company Name	လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business	စက်ဘီး/ ဆိုင်ကယ်ဖြင့် နေ့စဉ်သွားလာခြင်း ရုံ <input type="checkbox"/> မရုံ <input type="checkbox"/>
အလုပ်ဌာနအမည် Department Name	ရာထူး Position	လုပ်ငန်းသဘာဝ Nature of work
ကျား/ မ Gender Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	ကိုယ်အလေးချိန် (ပေါင်) Weight (Lb)	
အရပ် Height Feet <input type="text"/> Inches <input type="text"/>	အိမ်ထောင်ရှိ/ မရှိ Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/>	
မွေးဖွားရာဇာတိ Place of Birth	လူမျိုး Ethnicity	
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Address	မြို့အမှတ်/ တိုက်အမှတ် No. Building လမ်း Street ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/ Village မြို့နယ် Township မြို့ City	
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	အီးမေးလ် Email.	
အာမခံသက်တမ်း Policy Terms 3 months <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/>	ထားရှိလိုသော အာမခံထားငွေ (ကျပ်/ USD) Proposed Sum nsured Amount (MMK/ USD)	
ငွေပေးချေပုံ Payment Cash <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/>	ဘဏ်အမည် Bank Name	



အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း ASSIGNMENT OF BENEFITS					
အမည် Name		အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ Relationship			
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် NIC No.		မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ရက် Date	လ Month	ခုနှစ် Year
လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း Percentage of benefit to be transferred					
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Address	မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ် No. Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/ Village	မြို့နယ် Township	မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.		အီးမေးလ် Email.			

ကျွန်တော်/ ကျွန်မသည် ဤအဆိုလွှာတင်သွင်းသည့်ရက်နေ့တွင် ကောင်းစွာကျန်းမာလျက်ရှိပြီး မိမိ၏ခန္ဓာကိုယ်၌ မည်သည့်ဒဏ်ရာမျှလုံးဝမရှိပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။
I hereby declare that I am healthy and have no injury.

အထက်ဖော်ပြပါကြေငြာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များနှင့် အဖြေများမှာ ကျွန်တော်/ ကျွန်မ သိရှိယုံကြည်သရွေ့ မှန်ကန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပြီး ၎င်းတို့မှာ ကျွန်တော်/ ကျွန်မနှင့် ဤအာမခံကုမ္ပဏီတို့ချုပ်ဆိုမည့် ပဋိညာဉ် ၏အခြေခံများ ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ယင်းအဖြေများ၊ ကြေငြာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များ တစ်စုံတစ်ရာ မမှန်ကန်ပါက အဆိုပါ ပဋိညာဉ် ပျက်ပြယ်ကာ အကျိုးခံစားခွင့် လုံးဝမရရှိကြောင်း ကောင်းစွာသိရှိပါသည်။
I, hereby, guarantee that the information and declaration provided above are true, all of these are fundamental principles of policy contract between I and AYA Myanmar Insurance and well know that the insurance effected may be void if there is no disclose fully and faithfully all facts in this proposal.

ကိုယ်စားလှယ်/
အသိသက်သေလက်မှတ်
Witness's Signature -----

အသိသက်သေအမည်
Witness's Name -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်
NIC No. -----

ဖုန်းနံပါတ်
Phone No. -----

လိပ်စာ
Address -----

ရက်စွဲ
Date -----

အာမခံထားသူလက်မှတ်
Insured's Signature -----

အာမခံထားသူအမည်
Insured's Name -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ်
NIC No. -----

ဖုန်းနံပါတ်
Phone No. -----

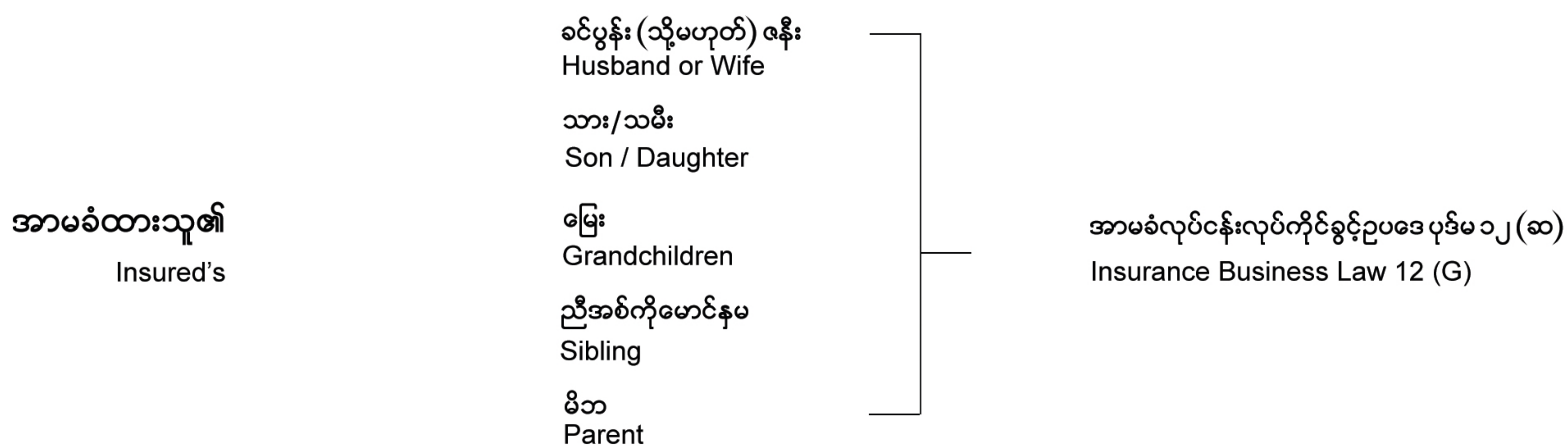
လိပ်စာ
Address -----

ရက်စွဲ
Date -----

မှတ်ချက် Remark

အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူမှာ အရွယ်မရောက်သေးသူဖြစ်လျှင် မိဘအရင်း သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းခွင့်ရရှိသူသို့ ထုတ်ပေးမည်။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း ခံရသူမှာ အာမခံထားသူထက်စော၍ ကွယ်လွန်ခဲ့ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်ကို ထပ်မံ မပြင်ဆင်မပြောင်းလွှဲရသေးမီ အာမခံထားသူကွယ်လွန်လျှင် အောက်ပါအစီအစဉ်အတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့် ထုတ်ပေးမည်။

If the beneficiary is not adult, the benefit will be paid to the parent or guardian. If the beneficiary died before Insured and the Insured died before the endorsement for beneficiary changing, the benefit will be paid as following procedure.



ကုမ္ပဏီမှဖြည့်စွက်ရန် For AYA Myanmar Life Assurance

အဆိုလွှာတင်သူအား အာမခံသက်တမ်း အတွက် ပရီမီယံနှုန်းအရ
Proposer is accepted for policy term ----- according to premium rate -----

ကျသင့်ပရီမီယံ (ကျပ်/USD) ဖြင့်
by premium (MMK/USD) ----- from ----- ရက်နေ့မှစတင်၍အာမခံလက်ခံပါသည်။

ပြေစာအမှတ် ကျပ်/US\$ ရက်စွဲ
Receipt No. ----- MMK/USD ----- Date -----

AMI Life မှတာဝန်ရှိသူ AMI Life Authorized Person

လက်မှတ်
Signature -----

အမည်
Name -----

ရာထူး
Position -----

ရက်စွဲ
Date -----

