

TERM LIFE INSURANCE PROPOSAL

နှစ်ချင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ



သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ်လစီအရမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲပြောင်းဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်းချုပ်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့် များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

Please be aware that the information in that form must be fully and accurately disclosed; otherwise, the policy benefit may be refused, and no paid premiums will be refunded.

အဆိုလွှာအမှတ်
Proposal No.

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည်
Agent's Name

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ်
Agent's License

ဝယ်ယူလိုသည့်ကျန်းမာရေးအာမခံအမျိုးအစားအားရွေးချယ်ပါ။
Please choose your desired health insurance plan.

- ☐ စုပေါင်းအသက်အာမခံ
AMI Life Group Protector
- ☐ ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံ
AMI Life Accident Protector
- ☐ အားကစားသမားများကိုယ်အင်္ဂါ
ထိခိုက်မှုအာမခံ
Sportsman Life Insurance
- ☐ တောင်သူလယ်သမားအသက်
အာမခံ
Farmer Life Insurance
- ☐ ခရီးသွားအာမခံ
Travel Insurance

ခရီးသွားအာမခံအမျိုးအစားများရွေးချယ်ပေးပါရန် (Choose your desired travel insurance)

- ☐ ပြည်တွင်း
Local
- ☐ ပြည်ပ
Overseas
- ☐ အထူးခရီးသွား
Special Travel
- ☐ မိုင်(၁၀၀)အောက်
Under (100) miles

အားကစားသမားများကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံများရွေးချယ်ပေးပါရန် (Choose your desired sportsmanlife insurance)

- ☐ ပြည်တွင်း
Local
- ☐ ပြည်ပ
Overseas

အာမခံပေါ်လစီရှင်၏အချက်အလက်များ (Policyholder's Information)

ပေါ်လစီရှင်အမည် Policyholder's Name	မြန်မာ Burmese	အဖအမည် Father's Name	မြန်မာ Burmese
	အင်္ဂလိပ် English		အင်္ဂလိပ် English
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် NIC No.	မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth		
	ရက် Day	လ Month	ခုနှစ် Year
အလုပ်အကိုင် Occupation			
☐ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း Own Business			
☐ ဝန်ထမ်း Company Staff/ Civil Servant			
☐ ခိုခို Dependant			
☐ အခြား Others			
ကုမ္ပဏီအမည် Company Name	အလုပ်ဌာနအမည် Department Name		
လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business	ကုမ္ပဏီမှတ်ပုံတင်အမှတ် Company's Registration No.		
ရာထူး Position	အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ Relationship to Insured Person		
လစဉ်ပျမ်းမျှဝင်ငွေ Average Income for a month			
☐ ကျပ်၁၀သိန်းအောက် < MMK1,000,000			
☐ ကျပ်၁၀သိန်း မှ သိန်း ၂၀ အထိ MMK 1,000,000-MMK 2,000,000			
☐ ကျပ်သိန်း ၂၀ အထက် > MMK 2,000,000			
ဆက်သွယ်ရန် လိပ်စာ Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ်No./Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village
			မြို့နယ်Township
			မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Ph No.	အီးမေးလ် E-mail		



အာမခံထားသူ၏အချက်အလက်များ (Insured Person's Information)

အာမခံပေါ်လစီရှင်နှင့် အသက်အာမခံထားသူကွဲလွဲပါက ဖြည့်စွက်ပေးပါရန် (Please provide this, if the policyholder and insured person are different)

အာမခံထားသူအမည် Insured Name	မြန်မာ Burmese	အဖအမည် Father's Name	မြန်မာ Burmese		
	အင်္ဂလိပ် English		အင်္ဂလိပ် English		
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် NIC No.		မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ရက် Day	လ Month	ခုနှစ် Year
အလုပ်အကိုင် Occupation ☐ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း Own Business ☐ ဝန်ထမ်း Company Staff/ Civil Servant ☐ မှီခို Dependant ☐ အခြား Others					
ကုမ္ပဏီအမည် Company's Name		လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business			
အလုပ်ဌာနအမည် Department Name		ရာထူး Position			
ဆက်သွယ်ရန် လိပ်စာ Address	မြို့အမှတ်/တိုက်အမှတ် No./ Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Village/Ward	မြို့နယ် Township	မြို့ City
ဖုန်းနံပါတ် Phone No.		အီးမေးလ် E-mail			

အားကစားသမားကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံအတွက်သာ ဖြည့်စွက်ပေးပါရန် (Sportsman Life Insurance Only)

အားကစားအမျိုးအစား Type of sports	ယှဉ်ပြိုင်မည့်နေရာ Coverage Area	☐ ပြည်တွင်း Local	☐ ပြည်ပ Overseas
-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

ခရီးသွားအာမခံအတွက်သာ ဖြည့်စွက်ပေးပါရန် (Travel Insurance Only)

ထွက်ခွာချိန် Departure Time	အသုံးပြုသည့်ယာဉ် Vehicle/Craft No.
အာမခံထားသည့်ကာလ Insurance Period	အာမခံထားသည့်ခရီးစဉ် Trip Details

ပရီမီယံပေးသွင်းမှုအချက်အလက်များ (Premium Payment Information)

အာမခံထားငွေ Sum Insured	
ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ် Purchase Unit	
အာမခံသက်တမ်း Policy Term	
ငွေပေးချေပုံ Payment Method	☐ ငွေသား Cash ☐ ဘဏ် Bank ☐ Digital Wallet ☐ ဘဏ်အမည်/ Bank/Digital Wallet's Name

အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ (Insurance with other companies)

ဤလုပ်ငန်း၌ဖြစ်စေ၊ တခြားကုမ္ပဏီ၌ဖြစ်စေ၊ အသက်အာမခံထားပြီးဖြစ်လျှင် ဖော်ပြပါ။
Please describe if you have insurance policies from our company or other companies.

အာမခံအမျိုးအစား Type of Insurance	ကုမ္ပဏီအမည် Company's Name	ပေါ်လစီအမှတ် Policy No.	အာမခံထားငွေ Sum Insured	စုစုပေါင်းဝယ်ယူထားသည့် ယူနစ် အရေအတွက် Total Purchased Unit	အာမခံသက်တမ်း Policy Term	အာမခံစတင်သည့်နေ့ Policy Commencement Date	ပေါ်လစီသက်တမ်း ပျက်ပြယ်သည့်နေ့ Policy Lapsed Date

အခြားကုမ္ပဏီတစ်ခုတွင် အသက်အာမခံထားပြီးပါက ထိုအာမခံကုမ္ပဏီ၏ ပေါ်လစီသည် အတည်ဖြစ်နေကြောင်း နောက်ဆုံးပြေစာကို ပူးတွဲ၍တင်ပြပါ။
(Please submit the latest invoice together to approve your insurance policy is valid.)



အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအချက်အလက်များ (Beneficiary's Information)

စဉ် No	အမည် Beneficiary's Name	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ် အမှတ် NIC No.	အဖအမည် Father's Name	အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ Relationship to Insured Person	မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	ရာခိုင်နှုန်း Percentage	လွှဲပြောင်းပေးသူ လက်မှတ် Sign

ကျန်းမာရေးဖွင့်ဟကြေညာလွှာ (Medical Declaration Form)

တိုင်းတာမှုများ (Measurements)

အရပ်နှင့် ကိုယ်အလေးချိန် (Height and Weight)

အရပ် (Height) ပေ (Feet) လက်မ (Inches)

ကိုယ်အလေးချိန် ပေါင် (lbs)
(Weight)

လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ (Current Health Conditions)

လွန်ခဲ့သည့် (၃)လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း၊ (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Do you have any medical conditions (treatment, consultation, hospitalization, operation, medical check-up, referred for medicine)?

☐ ရှိ (Yes) ☐ မရှိ (No)

လွန်ခဲ့သည့် (၅)နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ (Health Conditions During Past Five Years)

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ဆေးရုံတက်ဖူးပါသလား။ တက်ဖူးပါက မည်သည့်ရောဂါကြောင့် တက်ရပါသနည်း။

Have you ever had hospitalization during last (5) years? If "Yes", please describe the cause of hospitalization.

☐ ရှိ (Yes) ☐ မရှိ (No)

ရောဂါအမည် Name of disease	ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းအမည် Name of Clinic/Hospital
ဆရာဝန်အမည် Name of Doctor	ကုသသည့်ကာလ Period of treatment

လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေ

☐ လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး Cured ☐ စစ်ဆေးနေဆဲ Examining ☐ ကုသနေဆဲ Undergoing Treatment ☐ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ ☐ အခြား (အခြေအနေအားဖော်ပြပေးပါရန်) Others(Please specify)

ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိပါက ဖော်ပြရန်။

Any specific instruction from attending physician

(ထပ်မံဖော်ပြလိုသောအချက်များ/ စာရွက်စာတမ်းများရှိပါက သီးခြားစီပူးတွဲဖော်ပြပါရန်)

(If you have any other documents, please attached with this form.)



ကြေညာချက် (Declaration)

- (၁) ဤအသက်အာမခံအဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အဖြေများနှင့် AMI Life သို့ တင်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့ ထောက်ခံ အတည်ပြုပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် တစ်စုံတစ်ရာသော အချက်အလက်တို့ကို ဖော်ပြထားခြင်းမရှိဘဲ ထိန်ချန်ထားခြင်းရှိခဲ့သော် AMI Life သည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ(တို့)၏ အာမခံအဆိုလွှာနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာတို့ကို ငြင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းနားလည်သိရှိပြီးဖြစ်ပါသည်။

I declare that the above statements and answers, together with all other information provided by me in connection to the Life Insurance Proposal form provided to AMI Life, are completed and true. I fully understand that any undisclosed facts and misrepresentations may render refusal of this proposal form and claims form.

- (၂) ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် အာမခံထားရှိသည့်နေ့မှ (၂) ပတ်အတွင်း Covid-19 ဝေဒနာများကြောင့် သေဆုံးခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတက်ရောက်ကုသခြင်း များအတွက် အာမခံလျော်ကြေးကိစ္စ လက်ခံစဉ်းစားပေးမည် မဟုတ်ကြောင်းနှင့် (၂) ပတ်ကျော်မှသာ ပေါ်လစီပါ စည်းကမ်းများအတိုင်း လျော်ကြေးလက်ခံဆောင်ရွက်သွားမည်ကို သိရှိနားလည်ပါသည်။

I understand that any claims (death or hospitalization) due to Covid (19) during 2 weeks from the date of commencement is not valid, and after 2 weeks, the claims will be considered according to policy terms and conditions.

ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် ဤလျှောက်လွှာပါ လိုက်နာရမည့်စည်းကမ်းချက်များကို ဖတ်ရှုသိရှိပြီး သဘောတူလက်မှတ် ရေးထိုးလျှောက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

အာမခံပေါ်လစီရှင်
Policyholder

အာမခံထားသူ
Insured Person
(အာမခံပေါ်လစီရှင်နှင့်ကွဲလွဲပါက)

(please provide this if the policyholder and insured person are different)

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ ရက် ____ / လ ____ / ခုနှစ် ____
Date Day Month Year

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ ရက် ____ / လ ____ / ခုနှစ် ____
Date Day Month Year

အသိသက်သေ
Witness

အာမခံကိုယ်စားလှယ်
Agent

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ ရက် ____ / လ ____ / ခုနှစ် ____
Date Day Month Year

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ ရက် ____ / လ ____ / ခုနှစ် ____
Date Day Month Year

AMI Life မှအရောင်းဝန်ထမ်းတာဝန်ရှိသူ (Sale representatives from AMI Life)

ကျွန်ုပ်တို့သည် အာမခံပေါ်လစီပိုင်ရှင် နှင့် အသက်အာမခံထားသူ မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာရေးကောင်းမွန်ကြောင်း အတည်ပြု၍ အသက်အာမခံဝယ်ယူသူ နှင့် အသက်အာမခံထားသူတို့သည် ကျွန်တော်/ ကျွန်မ ၏ ရှေ့မှောက်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးကြောင်း အသိသက်သေပြပါသည်။

I have verified that the policyholder and insured person are in good health condition to the best of my observation, and they have signed the documents in my presence.

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး ☐ ကောင်း ☐ မကောင်း
Health condition upon visual check Good Bad

AMI Life မှအရောင်းဝန်ထမ်းတာဝန်ရှိသူ
Sale Representatives for AMI Life

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

ရာထူး _____
Position

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ ရက် ____ / လ ____ / ခုနှစ် ____
Date Day Month Year