

သို့

မန်နေဂျာ
နိုင်ငံသားစီးပွားရေးအာမခံအများပိုင်လီမိတက်
ရန်ကုန်မြို့။

ရက်စွဲ၊ ၂၀ ခုနှစ်၊ လ ရက်။

အကြောင်းအရာ။ ။ **CB အသက်အာမခံပေါ်လီစီ အကျိုးခံစားခွင့် လျှောက်ထားခြင်း။**

၁။ ဦး/ဒေါ်-----သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ် (-----)
ဖြင့် ကျပ်----- (ကျပ်-----တိတိ) အား (-----) နေ့မှ
(-----) နေ့အထိ သက်တမ်း (-----) နှစ်ဖြင့် ထားရှိခဲ့ပါသည်။

၂။ ယင်းသည် ----- ပြီးဖြစ်ပါ၍ ----- တောင်းခံငွေ
ထုတ်ယူခွင့်ပြုပါရန် လျှောက်ထားအပ်ပါသည်။

၃။ အကျိုးခံစားခွင့်ကို (-----) မြို့တွင် ထုတ်ယူလိုပါသဖြင့် ပူးတွဲပါ
စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ လျှောက်ထားအပ်ပါသည်။

ပူးတွဲပါ

- အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ
- ပေါ်လီစီစာချုပ်မူရင်း
- နောက်ဆုံးပေးသွင်းခဲ့သည့် ပရီမီယံပြေစာ
- ရုံးအမိန့်စာ
- သေစာရင်းမိတ္တူ
- မှတ်ပုံတင်မိတ္တူ

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏

- လက်မှတ် - _____
- အမည် - _____
- ရာထူး - _____
- အဘအမည် - _____
- မှတ်ပုံတင်အမှတ် - _____
- နေရပ်လိပ်စာ - _____

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ
Life Insurance Claim Form

Claim No. _____

သေဆုံးသူအမည် (Name of the Deceased) - _____

ပေါ်လီစီ အမှတ် (Policy No.) - _____ အာမခံထားငွေ (Sum Insured) _____

၁။ ငွေတောင်းခံသူ (အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ)၏ အကြောင်းအရာများ

(က) ငွေတောင်းခံသူအမည် (Name of Claimant) - _____

(ခ) အသက်(Age) - _____

(ဂ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် (N.R.C No.) - _____

(ဃ) ဆက်သွယ်ရမည့် နေရပ်လိပ်စာ (Address for communication)- _____

(င) သေဆုံးသူနှင့် ဆက်နွယ်ပုံ (Relationship to deceased)- _____

၂။ သေဆုံးသူ (အာမခံထားသူ)နှင့် ပတ်သက်သည့် အကြောင်းအရာ

(က) သေဆုံးသည့်နေရာ - ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း အိမ်၌သေဆုံးခြင်း အခြား (✓) အမှန်ဖြစ်ရန်။

(ခ) သေဆုံးသည့် အချိန်နှင့် နာရီ (Date and time of death)- _____

(ဂ) သေစာရင်းမှတ်ပုံတင်ထုတ်ပေးသည့်ဌာန၊ မြို့နယ် (Place and date of registration of death) - _____

၃။ သေဆုံးသည့်အကြောင်းအရာ အသေးစိတ် ကိုဖော်ပြရန်။

ဆေးရုံ၌သေဆုံးခြင်း။

(က) သေဆုံးသည့် အကြောင်းအရင်း (Please specify the cause of death)- _____

(ခ) ဆေးရုံတက်သည့်အချိန်နှင့် နေ့ရက် (Date and time of admission to the hospital) - _____

(ဂ) ဆေးကုသမှုစတင်ခံယူသည့်နေ့နှင့် ဆေးကုသမှုအကြောင်း (Date of commencement of treatment and type of treatment given)

(ဃ) ဆေးကုသသည့် ဆေးရုံအမည် (Hospitals where treatment was received)- _____

အိမ်၌သေဆုံးခြင်း

(င) ဆေးကုသသည့် ဆရာဝန်၏ အမည်၊ လိပ်စာ (Name, address and Phone No. of the doctors consulted during the illness)

(စ) ဆေးကုသမှု အသေးစိတ် (Details of treatment taken for any illness)- _____

(ဆ) သေဆုံးကြောင်းအတည်ပြုပေးသည့် ဆရာဝန်/ဆေးခန်း၏ အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် - _____



၄။ သေဆုံးသူအနေဖြင့်အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိခဲ့လျှင် ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပေးရန်။

စဉ်	ပေါ်လီစီအမှတ်	အာမခံစတင်သည်နေ့	အာမခံထားငွေ	ကုမ္ပဏီအမည်

အထက်ပါ ထွက်ဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ဖြေဆိုထားပြီး မှန်ကန်ကြောင်း အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

()
အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ

အသိသက်သေများ

(က) လက်မှတ် ----- (ခ) လက်မှတ်-----
 အမည် ----- အမည်-----
 အလုပ်အကိုင်----- အလုပ်အကိုင်-----
 လိပ်စာအပြည့်အစုံ----- လိပ်စာအပြည့်အစုံ-----
 -----  -----  -----

၅။ အောက်ပါတို့ကို ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲ တင်ပြအပ်ပါသည်။

- (က) ပေါ်လီစီစာချုပ်မူရင်း (The Original Policy Document/s)
- (ခ) သေစာရင်းမိတ္တူ (Duplication of Death Certificate)
- (ဂ) ငွေတောင်းခံသူ၏ မှတ်ပုံတင်နှင့် ရပ်ကွက်ထောက်ခံစာ (Proof of residence and identity of the policy owner/ claimant)
- (ဃ) အိမ်ထောင်စုစာရင်း (Census)
- (င) အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက် (Employer's Certificate form, in case employed)

၆။ အကျိုးခံစားခွင့်ငွေကိုမည်သို့ထုတ်ယူလိုပါသလဲ? - _____


- ငွေသား(Cash) ချက် (Cheque) စာရင်းပြောင်း (A/C Transfer) ငွေလွှဲ (Remittance)

၁။ ထုတ်ယူသူအမည် (Drawer Name) - _____

၂။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်(N.R.C No.) - _____

၃။ ဘဏ်အမည်/လိပ်စာနှင့် စာရင်းအမှတ်ကို ဖော်ပြရန် (Bank Name/ Address)- _____

၇။ အကယ်၍ ကိုယ်တိုင် ငွေ/ချက်/ ငွေလွှဲကို ထုတ်ယူနိုင်ရန် အခက်အခဲရှိပါက ကိုယ်စားထုတ်ယူမည့်သူ၏ -

(က) အမည်----- (ခ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်-----
 (ဂ) တော်စပ်ပုံ-----
 (ဃ) လိပ်စာအပြည့်အစုံ-----
 -----  -----

(င) ၎င်း၏ထိုးမြဲလက်မှတ်နာမူနာ-----

- မှတ်ချက် ။ ၁။ အာမခံထားသူ၊ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၊ ငွေထုတ်ယူမည့်သူတို့အတူ ပါဝင်သည့် အိမ်ထောင်စုစာရင်း (မိတ္တူ) ကို ပူးတွဲတင်ပြရန်။
 ၂။ တောင်းခံငွေအမျိုးအစားလိုက် မသက်ဆိုင်သည့် အချက်များကို ဖြည့်စွက်ရန် မလိုပါ။



Citizen Business Insurance Public Ltd.
 နိုင်ငံသားစီးပွားရေးအာမခံ (အများပိုင်) လီမိတက်

နှစ်စေ့/အမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေပြီးပြတ်လွှာ

ပေါ်လီစီအမှတ် ပေါ်လီစီနဲ့စွဲ
 အာမခံထားသူအမည် နှစ်စေ့/သေဆုံးသည့်နေ့.....
 တောင်းခံသူအမည် အာမခံထားငွေ

ကျွန်ုပ်ဦး/ဒေါ် သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ်အတွက်
 ရသင့်သည့် နှစ်စေ့/အမ်းငွေ သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ..... (ကျပ်.....)
 ၂၀.....ခု၊.....လ၊.....ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီမှ လက်ခံရရှိပါသည်။

ဥပဒေအရ ဤပေါ်လီစီနှင့်ပတ်သက်၍ ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေးများရယူလျက် ကျွန်ုပ်သည်ဤပေါ်လီစီကို
 ဖျက်သိမ်းရန်အတွက် CB Insurance သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ပါသည်။

အကြောင်းအရာ	ခုနှစ်ရန်		ပေးရန်တောင်းခံငွေ	
	ကျပ်	ပြား	ကျပ်	ပြား
(၁) နှစ်စေ့/အမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ				
(၂) ပရီမီယံ				
(၃) တည်မြဲရေးအတိုး				
(၄) ချေးငွေနှင့် ချေးငွေအတိုး				
(၅) ပေးရန်ကျန်ရှိ တောင်းခံငွေ				
အသားတင်ပေးရန်ငွေ				

အသိသက်သေ

တောင်းခံသူ

လက်မှတ် _____
 အမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____

လက်မှတ် _____
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ် _____
 အဖအမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____

ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် _____

၂၀_____ ခု၊ _____ လ၊ _____ ရက်နေ့တွင် အထက်ဖော်ပြပါ ဦး/ဒေါ် _____
 (နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြား _____) သည် ကျွန်ုပ်ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးကြောင်း
 ထောက်ခံအပ်ပါသည်။

အရာရှိ လက်မှတ် _____
 အရာရှိ အမည် _____
 အရာရှိ ရာထူး _____



သတိပြုရန်

- (၁) ဤပြီးပြတ်လွှာကို အရာရှိတစ်ဦးဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်။
- (၂) စာမတတ်သူသည် တံဆိပ်ခေါင်းကပ် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်နေရာတွင် လက်ဝဲ လက်မနှိပ်ပေးရန်။
- (၃) ဤပြီးပြတ်လွှာနှင့်အတူ ပေါ်လီစီစာချုပ်ကြီးပါ ပြန်အပ်ရန်။