

သို့

မန်နေဂျာ  
နိုင်ငံသားစီးပွားရေးအာမခံအများပိုင်လီမိတက်  
ရန်ကုန်မြို့။

ရက်စွဲ၊ ၂၀      ခုနှစ်၊      လ      ရက်။

အကြောင်းအရာ။      ။ **CB အသက်အာမခံပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့် 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 (တောင်းခံသူ)
- ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းနှင့် ဆရာဝန်ထောက်ခံချက် (ထာဝစဉ်မစွမ်းမသန်)

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။ သေဆုံးသူအနေဖြင့် အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိခဲ့လျှင် ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပေးရန်။**

စဉ်	ပေါ်လီစီအမှတ်	အာမခံစတင်သည်နေ့	အာမခံထားငွေ	ကုမ္ပဏီအမည်

အထက်ပါ ထွက်ဆိုချက်များသည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်ဖြေဆိုထားပြီး မှန်ကန်ကြောင်း အောက်တွင် လက်မှတ်ရေး ထိုးပါသည်။

( )  
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။



**CB Insurance**

Citizen Business Insurance Public Ltd.

နိုင်ငံသားစီးပွားရေးအာမခံ (အများပိုင်) လီမိတက်

ချေးငွေ/အမ်းငွေ/နှစ်စေ့ငွေထုတ်ပြေစာ

ပေါ်လီစီအမှတ် ----- ပိုင်ရှင် ----- အတွက် ချေးငွေ/အမ်းငွေ/နှစ်စေ့ငွေ/သေဆုံးမှု  
တောင်းခံငွေ ကျပ် ----- (ကျပ်-----) ကို ရရှိကြောင်း  
အောက်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

၅-ကျပ်တန်အခွန်  
တံဆိပ်ခေါင်း

နေ့စွဲ!..... အမည်.....

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်.....

ချေးငွေ/အမ်းငွေ/နှစ်စေ့ငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ ကျပ် .....

နှုတ်ရန် -

- ချေးငွေ ..... ကျပ် .....
- ချေးငွေအတိုး ..... ကျပ် ..... ကျပ် .....
- ပရီမီယံ ..... ကျပ် .....
- တည်မြဲရေးအတိုး ..... ကျပ် .....

အသားတင်ပေးရန်ငွေပေါင်း ကျပ် \_\_\_\_\_

### နှစ်စု/တမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေပြန်ပြတ်လွှာ

ပေါ်လီစီအမှတ် ..... ပေါ်လီစီနေ့စွဲ .....  
 အာမခံထားသူအမည် ..... နှစ်စု/သေဆုံးသည့်နေ့ .....  
 တောင်းခံသူအမည် ..... အာမခံထားငွေ .....

ကျွန်ုပ်တို့/ဒေါ် ..... သည် အသက်အာမခံပေါ်လီစီအမှတ် ..... အတွက်  
 ရသင့်သည့် နှစ်စု/တမ်းငွေ သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ ..... (ကျပ်.....)  
 ၂၀.....ခု၊ .....လ၊ .....ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီမှ လက်ခံရရှိပါသည်။

ဥပဒေအရ ဤပေါ်လီစီနှင့်ပတ်သက်၍ ရယူနိုင်သည့် အခွင့်အရေးများ၊ရယူလျက် ကျွန်ုပ်တို့သည်ဤပေါ်လီစီကို  
 ဖျက်သိမ်းရန်အတွက် CB Insurance သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ပါသည်။

အကြောင်းအရာ	ခုနှစ်ရန်		ပေးရန်တောင်းခံငွေ	
	ကျပ်	ပြာ	ကျပ်	ပြာ
(၁) နှစ်စု/တမ်းငွေ/သေဆုံးမှု တောင်းခံငွေ				
(၂) ပရီမီယံ				
(၃) တည်မြဲရေးအတိုး				
(၄) ချေးငွေနှင့် ချေးငွေအတိုး				
(၅) ပေးရန်ကျန်ရှိ တောင်းခံငွေ				
အသားတင်ပေးရန်ငွေ				

#### အသိသက်သေ

လက်မှတ် \_\_\_\_\_  
 အမည် \_\_\_\_\_  
 နေရပ်လိပ်စာ \_\_\_\_\_

#### တောင်းခံသူ

လက်မှတ် \_\_\_\_\_  
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ် \_\_\_\_\_  
 အဖအမည် \_\_\_\_\_  
 နေရပ်လိပ်စာ \_\_\_\_\_

ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

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

အရာရှိ လက်မှတ် \_\_\_\_\_  
 အရာရှိ အမည် \_\_\_\_\_  
 အရာရှိ ရာထူး \_\_\_\_\_



#### သတိပြုရန်

- (၁) ဤပြန်ပြတ်လွှာကို အရာရှိတစ်ဦးဦး၏ ရွှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်၊
- (၂) စာမတတ်သူသည် တံဆိပ်ခေါင်းကပ် လက်မှတ်ရေးထိုးရန်နေရာတွင် လက်ဝဲ လက်မနှိပ်ပေးရန်။
- (၃) ဤပြန်ပြတ်လွှာနှင့်အတူ ပေါ်လီစီစာချုပ်ကြီးပါ ပြန်အပ်ရန်။