AMI LIFE HEALTH CARE PLAN PROPOSAL

ကျန်းမာရေးအာမခံအဆိုလွှာ

AMI Life
အသက်အာမခံ

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

သတိပြုရန် IMPORTANT NOTICE

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့်များ 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.

ဝယ်ယူလိုသည့်ကျန်းမာရေးအာမခံအမျိုးအစားအားရွေးချယ်ပါ။
Please choose your desired health insurance plan.

☐ ကျန်းမာရေးအာမခံ AMI Life Health Care Plan
☐ ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံ AMI Life Critical Illness Care Plan
☐ လူထုအခြေပြုကျန်းမာရေးအာမခံ Micro Health Insurance

ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ် _____
Purchased Unit

ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက်သာ For health insurance only	☐ အခြေခံအကာအကွယ် Basic Coverage	☐ ရွေးချယ်နိုင်သော အာမခံအကာအကွယ် (၁) Optional Coverage(1)	☐ ရွေးချယ်နိုင်သော အာမခံအကာအကွယ် (၂) Optional Coverage(2)
ဝယ်ယူလိုသည့်ပုံစံ Purchase plan	☐ Silver	☐ Gold	☐ Platinum

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 ☐ မှီခို Depandant ☐ 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

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Address	မြေအမှတ်/တိုက်အမှတ် No./Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Ward/Village	မြို့နယ် Township	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 ofBirth	ရက် Day ___ လ Month ___ ခုနှစ် Year ___
ကုမ္ပဏီအမည် Company's Name		လုပ်ငန်းအမျိုးအစား Type of Business	
အလုပ်ဌာနအမည် Department Name		ရာထူး Position	

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Address	ခြံအမှတ်/တိုက်အမှတ် No./ Building	လမ်း Street	ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ Village/Ward	မြို့နယ် Township	မြို့ City

ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	အီးမေးလ် E-mail

ပရီမီယံပေးသွင်းမှုအချက်အလက်များ (Premium Payment Information)

ပရီမီယံပေးသွင်းပုံ (Mode of Premium Payment)

တစ်ဦးချင်းအာမခံထားရှိမှု Individual Insured	☐ ခြောက်လတစ်ကြိမ်ပေး Semi-annually ☐ တစ်ကြိမ်တည်းပေး Single Premium
အစုအဖွဲ့လိုက်အာမခံထားရှိမှု Corporate Insured	☐ လစဉ်ပေး Monthly ☐ သုံးလတစ်ကြိမ်ပေး Quarterly ☐ ခြောက်လတစ်ကြိမ်ပေး Semi-annually ☐ တစ်ကြိမ်တည်းပေး Single Premium
ငွေပေးချေပုံ Payment Method	☐ ငွေသား Cash ☐ ဘဏ် Bank ☐ Digital Wallet ☐ ဘဏ်အမည်/ Digital Walletအမည် 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	အာမခံ စတင်သည့်နေ့ Policy Commencement Date	ပေါ်လစီ သက်တမ်း 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	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် 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 (Weight) ☐ ပေါင် (lbs)

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)

လွန်ခဲ့သည့် (၅)နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင် ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါများကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးစစ်ခြင်း ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။
Do you have any medical conditions related to following disease (treatment, consultation, hospitalization, operation, medical check-up, referred for medicine) in the past 5 years?

၁။(က)	☐ သွေးပေါင်တက်ခြင်း Hypertension ☐ သွေးပေါင်ကျခြင်း Hypotension ☐ လေဖြတ်ခြင်း Stroke ☐ နှလုံးခုန်ပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း Arrhythmia ☐ နှလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ များ သို့မဟုတ် နှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာရောဂါများ Heart Related Diseases ☐ သွေးတွင်းအဆီဓာတ်မြင့်မားခြင်း High Cholesterol
	သွေးတိုးခြင်း/ သွေးပေါင်ကျခြင်း (ရှိပါက) အောက်ပါမေးခွန်းများဖြေဆိုပါ။ If you have hypertension, please answer this question. အများဆုံး/ အနည်းဆုံးဖြစ်ဖူးသော သွေးပေါင်ချိန် (Highest Limit/ lowest limit) _____ အပေါ် သွေးပေါင်ချိန် (Upper Limit) _____ အောက် သွေးပေါင်ချိန် (Lower Limit)
(ခ)	☐ ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း Cerebral Hemorrhage ☐ ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း Cerebral Infarct ☐ ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း Subdural Hemorrhage ☐ ဦးနှောက်သွေးလွှတ်ကြောယောင်ခြင်း Cerebral Arteritis
(ဂ)	☐ ပန်းနာရင်ကြပ် Asthma ☐ လေပြွန်ရောင်ခြင်း Bronchitis ☐ အဆုတ်ရောင်ရောဂါ Pneumonia ☐ တီဘီရောဂါ (သို့မဟုတ်) အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ အခြားရောဂါများ Tuberculosis (or) any other disease of the lung and respiratory system
(ဃ)	☐ နှာခေါင်းသွေးလျှံခြင်း Nasal bleeding ☐ အမြင်အာရုံချွတ်ယွင်းခြင်း Poor Vision ☐ အကြားအာရုံ ချွတ်ယွင်းခြင်း Hearing Impairment ☐ နား၊ နှာခေါင်း၊ လည်ချောင်းနှင့် မျက်စိဆိုင်ရာရောဂါများ Disease related to ear, nose, eyes ☐ အတွင်းတိမ် Cataract ☐ ရေတိမ် Glaucoma
(c)	☐ ဆီးချိုရောဂါ Diabetes ☐ သိုင်းရွိုက်ဂလင်းရောဂါများ Thyroid disorder ☐ ဟော်မုန်းဂလင်း နှင့် သက်ဆိုင်သောအခြားရောဂါများ။ Other endocrine disorder
	ဆီးချိုရောဂါ (ရှိပါက) အောက်ပါမေးခွန်းများဖြေဆိုပါ။ If you have diabetes, please answer this question. အများဆုံး/ အနည်းဆုံး ဖြစ်ဖူးသောဆီးချိုပမာဏ (What is your highest/lowest limit of diabetes?) _____
(စ)	☐ စိတ်ကျရောဂါ Depression ☐ စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ Anxiety disorder ☐ အရက်စွဲရောဂါ နှင့် အခြားသော စိတ်ရောဂါများ Schizophrenia, or other mental disorders
(ဆ)	☐ အတက်ရောဂါ Epilepsy ☐ ခေါင်းကိုက်ဝေဒနာ ရှည်ကြာခြင်း Chronic headache ☐ အာရုံကြောဆိုင်ရာ ရောဂါများ Other neurological and nervous system disorders
(ဇ)	☐ ဆီးကျောက်တည်ခြင်း Kidney Stones ☐ ဆီးလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါများ Disease related to urinary tract
(ဈ)	☐ အစာအိမ်နှင့် အူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါများ Gastro-intestinal tract disease ☐ နာတာရှည်ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျှောဖြစ်ခြင်း Prolonged diarrhea ☐ သည်းခြေအိတ်ကျောက်တည်ခြင်း Gallstones ☐ အူရောင်ငန်းဖျား (တိုက်ဖွိုက်) ရောဂါ Typhoid ☐ သွေးဝမ်းသွားခြင်း Colitis bloody ☐ အူလမ်းကြောင်း လူပ်ရှားမှုပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း Diseased bowel movements or gastrointestinal tract diseases
(ည)	☐ အသည်းရောင်ခြင်း Liver inflammation ☐ အသည်းခြောက်ခြင်း Cirrhosis ☐ အသည်းရောင်အသားဝါ ဘီ Hepatitis B ☐ အသည်းရောင်အသားဝါ စီ Hepatitis C ☐ ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း Kidney Inflammation ☐ ကျောက်ကပ်ပုံမှန်အလုပ်မလုပ်ခြင်း Kidney function disorder ☐ အခြားသော ကျောက်ကပ်/ အသည်း နှင့်ဆိုင်သောရောဂါများ။ Other kidney/liver related disease

(၄)	☐ လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သော ရောဂါများ Sexually Transmitted Disease ☐ HIV/AIDS ☐ ဆီးပူညောင်းကျရောဂါ Syphilis ☐ ကာလသားရောဂါ Gonorrhoeae
(၅)	☐ သွေးအားနည်းရောဂါ Anemia ☐ ပြန်ရည်ကြောဆိုင်ရာရောဂါများ Lymphatic Disease ☐ သွေးရောဂါများ Hemorrhagic Bleeding ☐ သွေးဖြူဥဆိုင်ရာရောဂါများ Any other blood disorders
(၃)	☐ အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ Osteoarthritis ☐ ခါးနာခြင်း Back pain ☐ အရိုးပါးခြင်း deformities ☐ ကြွက်သား အရေပြား၊ အရိုး၊ အဆစ်အမြစ်ဆိုင်ရာရောဂါများ Disorders in the muscles, skin, bones and joints
(၇)	(ပြန်ရည်ကျိတ်များ အပါအဝင်) မည်သည့်ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်း၌မဆို ကင်ဆာ၊ အဖုအကြိတ် သို့မဟုတ် ဆဲလ်များတိုးပွါးခြင်း။ Cancer, tumor, growth of any kind including breast lumps, any breast disorders, enlarged glands and lymph nodes — ☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
	အလုံးအကြိတ် (ရှိပါက) အောက်ပါမေးခွန်းများဖြေဆိုပါ။ If you have tumor, please answer this question. မည်သည့်နေရာတွင် ရှိသောအလုံးအကျိတ်ဖြစ်ပါသလဲ။ (Which part of the body has your tumor existed?) _____ အလုံးအကျိတ်အရွယ်အစား။ (Size of the tumor) _____ ☐ **ကင်ဆာအလုံးအကျိတ်** Cancerous tumor ☐ **ကင်ဆာမဟုတ်သောအလုံးအကျိတ်** Benign tumor ကင်ဆာအဆင့်သတ်မှတ်ချက်။ (Stage of the cancer) _____
(၈)	☐ ခန္ဓာကိုယ်၏ ခုခံအားကြောင့် ဖြစ်ပွါးသောရောဂါများ Autoimmune disease ☐ အရေပြားနာများ skin diseases ☐ သွေးလေးဘက်နာရောဂါ lupus erythematosus
	လေးဖက်နာပိုး (ရှိပါက) အောက်ပါမေးခွန်းများဖြေဆိုပါ။ If you have rhematic cell, please answer this question. အများဆုံး လေးဖက်နာရောဂါပိုး ဘယ်လောက်ပမာဏရှိပါသလဲ။ (What is the highest level of rhematic cell?) _____
၂။(က)	သင်ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော (၁၂) လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်သုံးခဲ့ခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have you ever smoked (or) did you smoke in the past 12 months? — ☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
	သောက်သုံးပါက တစ်နေ့သောက်သုံးသော ပျမ်းမျှ ဆေးလိပ်အရေအတွက်ကို ဖော်ပြပါရန်။ If "Yes", please describe average amount of smokes. _____
(ခ)	အရက်/ဘီယာ/အခြားယမကာများ သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေတတ်သော အခြားဆေးဝါးများသုံးစွဲခြင်း ရှိ/မရှိ။ ရှိပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဆက်လက်ဖြေဆိုပါ။ Have you ever drunk or used narcotic drugs or any other controlled substances? If "Yes", please answer (i) and (ii). — ☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
	(i) ယမကာ/မူးယစ်ဆေးဝါးအမျိုးအစားနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေတတ်သော အခြားဆေးဝါးများမည်မျှသုံးစွဲကြောင်း ပမာဏကိုဖော်ပြရန်။ Describe the types & consumption of beverage. ယမကာပမာဏတစ်ရက်လျှင် _____ ☐ ဘူး ☐ ခွက် ☐ ပုလင်း Amount of consumption per a day
	(ii) သင့်အားအရက်လျှော့သောက်ရန်/ ဖြတ်ရန်အတွက် အကြံပေးဖူးခြင်း ရှိ/မရှိ။ အကြံပေးဖူးပါက အမှတ်စဉ် (၈) တွင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ Have you ever advised to reduce/stop to drink alcohol?If "Yes", please describe in No. (8) — ☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
(ဂ)	သင်ကွမ်းစားပါသလား။ သို့မဟုတ် ယခင်က ကွမ်းစားခဲ့ဖူးပါသလား။ စားဖူးပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေဆိုပါ။ Have you ever chewed betel nuts? တစ်ရက်လျှင်စားသော ကွမ်းယာ_____ယာ Consumption per a day ကွမ်းစားခဲ့သောကာလ_____နှစ် Duration of consumption — ☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
၃။(က)	လွန်ခဲ့သော ၁ နှစ်အတွင်း အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများကို ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသလား။ In the past 1 year, have you had the following tested: ☐ ရင်ဘတ်မာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း Chest X-ray ☐ နလုံး အီးစီဂျီ ရိုက်ခြင်း Electrocardiograms ☐ Echocardiogram ☐ ပုံရိပ်ဖော် စစ်ဆေးခြင်းအမျိုးမျိုး CT scan/MRI/ultrasound ☐ အသားစယူပြီး စစ်ဆေးခြင်း Biopsy ☐ ရင်သားမာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း Mammograms ☐ သွေးစစ်ခြင်း Blood Test ☐ ခွဲစိတ်ကုသမှုခံယူဖူးခြင်း Operations
(ခ)	လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဖော်ပြပါ ရောဂါလက္ခဏာများအား တစ်ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားခဲ့ရလျှင် အမှန်ခြစ်သင်္ကေတဖြင့် ဖော်ပြပါ။ In the past 5 years, if you ever experienced this symptoms more than 1 week, please make a ticking mark for this. ☐ ရက်သတ္တပတ် တစ်ပတ်ထက်ပို၍ အလုပ်ပျက်ဖူးခြင်း Have you ever taken leave from work more than one week? ☐ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း Fatigue ☐ ကိုယ်အလေးချိန်လျော့ခြင်း Abnormal weight loss ☐ ဝမ်းလျှောခြင်း Diarrhea ☐ အဖျားတာရှည်ခြင်း Prolonged fever ☐ ပုံမှန်မဟုတ်သော အရေပြားအနာများဖြစ်ခြင်း Abnormal skin rush ☐ ဆရာဝန်ထံမှ ဆေးကုသမှုခံယူဖူးခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း၊ ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင် ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံရခြင်း Taken treatment/check-up, hospitalization, referred for medicine **အထက်ပါညွှန်ကြားခံရခြင်း၊ ရှိပါက အမှတ်စဉ် (၈) တွင် အသေးစိတ် အသေးစိတ်အချက်အလက်များဖြည့်စွက်ပေးပါရန်။** If "Yes", please describe in No. (8)

အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေပါ။ (အမျိုးသမီးများအတွက်သာ)
Please describe the following questions. For female

(က)	ကိုယ်ဝန် ရှိ/မရှိ (Are you currently pregnant?) ကိုယ်ဝန်ရှိပါက ကိုယ်ဝန်လကိုဖော်ပြရန် _____ If "Yes", please specify the number of weeks or months ကိုယ်ဝန်ရှိပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်းဆရာဝန်မှ ထောက်ခံချက်တင်ပြပေးပါရန်။ If "Yes", please submit the doctor's recommendation for the pregnant is in normal condition.	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
(ခ)	သားအိမ်အလုံး၊ မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်၊ နို့ရည်ဂလင်းရောဂါများခွဲမွေးဖူးခြင်းကို ခံစားခဲ့ရခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have you ever experienced fibroids, ovarian cysts, mammalian glands, cesarean section? ရှိပါက အမှတ်စဉ် (၈) တွင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါရန်။ If "Yes", please specify in No. (8)	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No

၅။	အထက်ဖော်ပြပါ မေးခွန်းများ၌ မပါဝင်ခဲ့သော ရောဂါများနှင့်၊ ရောဂါလက္ခဏာများကို လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ခံစားခဲ့ရခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have you ever suffered from diseases and recognized symptoms of disease that are not described in above in the past 5 years? ရှိပါက အမှတ်စဉ် (၈) တွင်အသေးစိတ်ဖော်ပြပါရန်။ If "Yes", please describe in No. (8).	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No

၆။	အန္တရာယ်ရှိသော အားကစားလှုပ်ရှားမှုကိုဆောင်ရွက်ခဲ့ခြင်းရှိ/မရှိ (ဥပမာ အမြင့်ခုန်ခြင်း၊ တောင်တက်ခြင်း၊ လေထီးခုန်ခြင်း၊ ဂလိုက်ဒါစီးခြင်း၊ နင်းလျှောစီးခြင်း၊ ကား/ဆိုင်ကယ်ပြိုင်ပွဲများဝင်ရောက်ယှဉ်ပြိုင်ခြင်း အစရှိသည်ဖြင့်)။ Do you have extreme hobbies (e.g. bungee jumping, mountain climbing, parachuting, gliding, snow skiing, car/cycle racing, etc.)?	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No

၇။	မိသားစုဝင်များ၏ ရောဂါနောက်ကြောင်းရာဇဝင်။ Family History သင်၏မိဘတစ်ဦးဦးအနေဖြင့် အသက် ၆၀ မတိုင်မီ ကင်ဆာရောဂါ၊ ဆီးချိုရောဂါ၊ နှလုံးရောဂါ၊ လေဖြတ်ခြင်း၊ သွေးတိုးခြင်း၊ ကျောက်ကပ် ရောဂါ၊ အသည်းရောဂါ သို့မဟုတ် မျိုးရိုးလိုက်ရောဂါ တစ်ခုခုကို ခံစားခဲ့ရဖူးခြင်း သို့မဟုတ် သေဆုံးခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have your parents experienced cancer, diabetes, heart disease, stroke, hypertension, renal failure, liver disease or genetic disorders before the age of 60? ရှိပါက အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို အောက်တွင် ဖော်ပြပါရန်။ If "Yes", please specify. ဖခင် - အသက် _____ ၌ _____ ကိုခံစားခဲ့ရသည်။ Father – Suffered from disease at the age of မိခင် - အသက် _____ ၌ _____ ကိုခံစားခဲ့ရသည်။ Mother – Suffered from disease at the age of	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No

၈။	အထက်ဖော်ပြပါ မေးခွန်းများအနက် တစ်ခုခုအား "ရှိ" ဟုဖြေဆိုထားပါက အောက်တွင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပြီး၊ ဆေးမှတ်တမ်းများရှိပါကပူးတွဲတင်ပြပါ။ If you answered "Yes" in above answers, please specify in details along with medical records (if any).	
	ရောဂါ/ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည်။ Name of Disease or Injury _____	
	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပြသခဲ့ခြင်းရှိပါသလား။ Did you go to the clinic? (ရှိပါက)ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်။ Name of the clinic _____	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
	ယခုလက်ရှိ ဆေးခန်းပြနေရခြင်းရှိပါသလား။ Do you currently go to the clinic? (ရှိပါက)ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်။ Name of the clinic _____	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No
	ဆေးပုံမှန်နေ့စဉ် သောက်နေရခြင်းရှိပါသလား။ Do you have the regular habit of taking medicine? (ရှိပါက)ဆေးအမည်။ _____ ပုံမှန်သောက်ရသည့်အကြိမ်အရေအတွက် _____ Name of the medicine _____ Frequency of taking medicine _____	☐ ရှိ Yes ☐ မရှိ No

လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေ

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

စမ်းသပ်ခြင်း/ စစ်ဆေးခြင်း/ ကုသခြင်းကာလ Examination, check-up, treatment period _____ လ (From) Month _____ ခုနှစ်မှ Year _____ လ (To) Month _____ ခုနှစ်အထိ Year

ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိပါက ဖော်ပြရန်။
Any specific instruction from attending physician _____

(ထပ်မံဖော်ပြလိုသောအချက်များ/ စာရွက်စာတမ်းများရှိပါက သီးခြားစီပူးတွဲဖော်ပြပါရန်)
(If you have any other documents, please attached with this form.)

ကိုယ်ခန္ဓာထိခိုက်မှု (Physical Injury)

လက်ရှိအမြင်အာရုံ ထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ချောင်း၊ ခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်းချို့ယွင်းနေခြင်း၊ (သို့မဟုတ်) ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်း နှင့် အခြားသော ထိခိုက် ချို့ယွင်းမှုများရှိပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေဆိုပါ။
If you visually impaired, or have a damaged limb (or) performance disability (or) irregular backbone (or) other injuries, please answer the following questions.

(က)	ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်း Body Parts	
(ခ)	အခြေအနေ Conditions	
(ဂ)	ရောဂါအခြေအနေဒီထက်ပိုဆိုးမလာဘဲ တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် Conditions	_____ နှစ် Year _____ လ Month
(ဃ)	အကြောင်းအရင်း Cause	
(င)	အမြင်အာရုံ Vision	_____ (ဘယ်)ပါတါ (Left) Spherical _____ (ညာ)ပါတါ (Right) Spherical

ကြေညာချက် (Declaration)

(၁) ဤအသက်အာမခံအဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အဖြေများနှင့် AMI Life သို့ တင်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့ ထောက်ခံ အတည်ပြုပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်တော်။ကျွန်မတို့သည် တစ်စုံတစ်ရာသော အချက်အလက်တို့ကို ဖော်ပြထားခြင်းမရှိဘဲ ချန်လှပ်ထားခြင်းရှိခဲ့သော် 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 အာမခံစတင်သည့်နေ့မှ (၂) ပတ်အတွင်း Covid-19 ဝေဒနာများကြောင့် သေဆုံးခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတက်ရောက်ကုသခြင်းများအတွက် 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

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

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

အာမခံထားသူ (အာမခံပေါ်လစီရှင်နှင့်ကွဲပါက)
Insured Person (please provide this if the policyholder and insured person are different)

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

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

အသိသက်သေ
Witness

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

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

အာမခံကိုယ်စားလှယ်
Agent

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

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

AMI Life မှအရောင်းဝန်ထမ်းတာဝန်ရှိသူ (Sale representatives from AMI Life)

ကျွန်ပ်သည် အာမခံပေါ်လစီပိုင်ရှင် နှင့် အသက်အာမခံထားသူ မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာရေးကောင်းမွန်ကြောင်း အတည်ပြု၍ အသက်အာမခံဝယ်ယူသူ နှင့် အသက်အာမခံထားသူတို့သည် ကျွန်တော်။ကျွန်မ ၏ ရှေ့မှောက်တွင် ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးကြောင်း အသိသက်သေပြုပါသည်။
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 Health condition upon visual check	☐ ကောင်း Good	☐ မကောင်း Bad

AMI Life မှအရောင်းဝန်ထမ်းတာဝန်ရှိသူ
Sale Representatives for AMI Life

လက်မှတ် _____
Sign

အမည် _____
Name

ရာထူး _____
Position

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