



AMI Life Prosper Saver Plan Proposal Form

စုငွေတိုးပွားအသက်အာမခံအဆိုလွှာ



သတိပြုရန် (Important Notes)

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆစွာမှားယွင်း ဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်းချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန် ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်များဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး 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 License

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 <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း Own Business <input type="checkbox"/> ဝန်ထမ်း Company Staff/ Civil Servant <input type="checkbox"/> မှီခို Dependant <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ကျပ်၁၀သိန်းအောက် < MMK1,000,000 <input type="checkbox"/> ကျပ်၁၀သိန်း မှ သိန်း ၂၀ အထိ MMK 1,000,000-MMK 2,000,000 <input type="checkbox"/> ကျပ်သိန်း ၂၀ အထက် > MMK 2,000,000			
ဆက်သွယ်ရန် လိပ်စာ Address	မြို့အမှတ်/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
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				

ပရီမီယံပေးသွင်းမှုအချက်အလက်များ (Premium Payment Information)

အာမခံသက်တမ်း Policy Term	<input type="checkbox"/> ၅ နှစ် 5 Years <input type="checkbox"/> ၇ နှစ် 7 Years <input type="checkbox"/> ၁၀ နှစ် 10 Years
တစ်ကြိမ်တည်းပေး ပရီမီယံပမာဏ Single Premium	
ငွေပေးချေပုံ Payment Method	<input type="checkbox"/> ငွေသား Cash <input type="checkbox"/> ဘဏ် Bank <input type="checkbox"/> Digital Wallet <input type="checkbox"/> ဘဏ်အမည်/ Digital Walletအမည် Bank/Digital Wallet's Name _____
ပရီမီယံပေးသွင်းပုံ Mode of Premium Payment	<input type="checkbox"/> တစ်ကြိမ်တည်းပေး Single Premium <input type="checkbox"/> ခြောက်လ Semi-Annually <input type="checkbox"/> သုံးလ Quarterly <input type="checkbox"/> လစဉ် Monthly

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	စုစုပေါင်းဝယ်ယူထား သည့် ယူနစ် အရေအတွက် Total Purchased Unit	အာမခံသက်တမ်း Policy Term	အာမခံ စတင်သည့်နေ့ Policy Commencement Date	ပေါ်လစီ သက်တမ်း ပျက်ပြယ်သည့် နေ့ 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 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)

လွန်ခဲ့သည့် (၅)နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင် ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါများကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်)၊ 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၊ သွေးပေါင်ကျခြင်း၊ လေဖြတ်ခြင်း၊ နှလုံးခုန်ပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း၊ အသက်ရှူရခက်ခဲခြင်း၊ ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း၊ နှလုံးအဆိုရှင်ရောဂါများ သို့မဟုတ် နှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာ ရောဂါများ၊ သွေးတွင်းအဆီဓာတ်မြင့်မားခြင်း။ Hypertension, Hypotension, Stroke, Heart Related Diseases, High Cholesterol.	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ခ)	ပန်းနာရင်ကြပ်၊ လေပြန်ရောင်ခြင်း၊ အဆုတ်ရောင်ရောဂါ၊ တီဘီရောဂါ (သို့မဟုတ်) အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ အခြားရောဂါများ။ Asthma, Bronchitis, Pneumonia, Tuberculosis (or) any other disease of the lung and respiratory system	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဂ)	နှာခေါင်းသွေးလျှံခြင်း၊ အမြင်အာရုံချွတ်ယွင်းခြင်း၊ အကြားအာရုံ ချွတ်ယွင်းခြင်း (သို့မဟုတ်) နား၊ နှာခေါင်း၊ လည်ချောင်းနှင့် မျက်စိဆိုင်ရာရောဂါများ။ Nasal bleeding, poor vision, hearing impairment (or) disease related to ear, nose and eyes	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဃ)	ဆီးချိုရောဂါ၊ သိုင်းရွိုက်ဂလင်းရောဂါများ သို့မဟုတ် ဟော်မုန်းဂလင်း နှင့် သက်ဆိုင်သော အခြားရောဂါများ။ Diabetes, Thyroid disorder (or) other endocrine disorder	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(င)	စိတ်ကျရောဂါ၊ စိတ်ကစဉ်းကလေးရောဂါ၊ အရက်စွဲရောဂါ နှင့် အခြားသော စိတ်ရောဂါများ။ Depression, anxiety disorder, schizophrenia, or other mental disorders	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(စ)	အတက်ရောဂါ၊ ခေါင်းကိုက်ဝေဒနာ ရှည်ကြာခြင်း၊ အာရုံကြောဆိုင်ရာ ရောဂါများ။ Epilepsy, chronic headache, other neurological and nervous system disorders	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဆ)	ဆီးတွင်းသွေး / ပရိုတင်း / သကြားဓာတ်ပါခြင်း၊ ဆီးကျောက်တည်ခြင်း၊ ဆီးလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါများ။ Blood, protein or sugar in the urine, kidney stones, urinary tract, or genitals	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဇ)	အစာအိမ်နှင့် အူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါများ၊ နာတာရှည်ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျှော့ခြင်း၊ သည်းခြေအိတ်ကျောက်တည်ခြင်း၊ အူရောင်ငန်းဖျား (တိုက်ဖွိုက်) ရောဂါ၊ အူမကြီးရောင်ရမ်းခြင်း၊ သွေးဝမ်းသွားခြင်း၊ အူလမ်းကြောင်း လှုပ်ရှားမှုပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း၊ Gastro-intestinal tract disease, prolonged diarrhea, gallstones, typhoid, colitis, bloody or diseased bowel movements, or gastrointestinal tract diseases	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဈ)	အသည်းရောင်ခြင်း၊ အသည်းခြောက်ခြင်း၊ အသည်းရောင်အသားဝါ ဘီ/စီ သို့မဟုတ် အခြားသောအသည်းရောင်ရောဂါများ၊ ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း၊ ကျောက်ကပ်ပုံမှန်အလုပ်မလုပ်ခြင်း။ Hepatitis of liver function disorders, inflammation or disease of kidney	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ည)	လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်သော ရောဂါများ - ဥပမာ HIV/AIDS၊ ဆီးပူညောင်းကျရောဂါ၊ ကာလသားရောဂါ။ Sexually transmitted disease (e.g. HIV, AIDS, etc.)	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဋ)	သွေးအားနည်းရောဂါ၊ ပြန်ရည်ကြောဆိုင်ရာရောဂါများ၊ သွေးရောဂါများ၊ သွေးဖြူညှစ်ဆိုင်ရာရောဂါများ။ Anemia, lymphatic disease, myeloma, hemorrhagic bleeding or any other blood disorders	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဌ)	အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ၊ အကြောသေ/အကြောဆိုင်းခြင်း၊ ကြွက်သား အရေပြားအရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ်ဆိုင်ရာရောဂါများ။ Arthritis, diseases or deformities or disorders in the muscles, skin, bones and joints	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဍ)	(ပြန်ရည်ကျိတ်များ အပါအဝင်) မည်သည့်ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်း၌မဆို ကင်ဆာ၊ အဖုအကြိတ် သို့မဟုတ် ဆဲလ်များတိုးပွားခြင်း။ Cancer, tumor, growth of any kind including breast lumps, any breast disorders, enlarged glands and lymph nodes	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ဎ)	ခန္ဓာကိုယ်၏ ခုခံအားကြောင့် ဖြစ်ပွားသောရောဂါများ - အရေပြားနာများ၊ သွေးလေးဘက်နာရောဂါ။ Autoimmune disease- skin diseases, lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No

၂။(က)	သင်ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော (၁၂) လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်သုံးခဲ့ခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have you ever smoked (or) did you smoke in the past 12 months?	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
	သောက်သုံးပါက တစ်နေ့သောက်သုံးသော ပျမ်းမျှ ဆေးလိပ်အရေအတွက်ကို ဖော်ပြပါရန်။ If "Yes", please describe average amount of smokes. _____	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
(ခ)	အရက်/ဘီယာ/အခြားယမကာများ သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေတတ်သော အခြားဆေးဝါးများသုံးစွဲခြင်း ရှိ/မရှိ။ Have you ever drunk or used narcotic drugs or any other controlled substances? If "Yes", please answer (i) and (ii).	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ No
	(i) ယမကာ/မူးယစ်ဆေးဝါးအမျိုးအစားနှင့် တစ်ပတ်လျှင်မည်မျှသုံးစွဲကြောင်း ပမာဏကိုဖော်ပြရန်။ Describe the types & consumption of beverage. ယမကာအမျိုးအစား Types of Beverages <input type="checkbox"/> မြန်မာ့ရိုးရာအရက် <input type="checkbox"/> ဘီယာ <input type="checkbox"/> ဝိုင် <input type="checkbox"/> ဝီစကီ <input type="checkbox"/> ဗော့ဒ်ကာ <input type="checkbox"/> ရမ် <input type="checkbox"/> အခြား Alcohol Beer Wine Whiskey Vodka Rum Others 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)	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
(၈)	သင်ကွမ်းစားပါသလား။ သို့မဟုတ် ယခင်က ကွမ်းစားခဲ့ဖူးပါသလား။ စားဖူးပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေဆိုပါ။ Have you ever chewed betel nuts? တစ်ရက်လျှင် စားသောကွမ်းယာ _____ ယာ ကွမ်းစားခဲ့သောကာလ _____ နှစ် Consumption per one day _____ Duration of consumption _____ year	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
၃။(က)	လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများကို ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသလား။ ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ နှလုံး အီးစီဂျီ ရိုက်ခြင်း၊ Echocardiogram ပုံရိပ်ဖော် စစ်ဆေးခြင်းအမျိုးမျိုး၊ အသားစယူပြီး စစ်ဆေးခြင်း၊ ရင်သားဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသမှုခံယူဖူးခြင်း။ In the past 5 years, have you had the following tested: (Chest X-ray, Electrocardiograms, Echocardiogram (CT scan/MRI/ultrasound), Biopsy, Mammograms, Blood Test, Operations)?	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
(ခ)	လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ရက်သတ္တပတ် တစ်ပတ်ထက်ပို၍ အလုပ်ပျက်ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုခံယူဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်လျော့ခြင်း၊ ဝမ်းလျှော့ခြင်း၊ အဖျားတာရှည်ခြင်း၊ အကြိတ်ထွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ပုံမှန်မဟုတ်သော အရေပြားအနာများဖြစ်ခြင်း၊ စသည့်ရောဂါလက္ခဏာများကို တစ်ပတ်ထက် ကြာအောင် ခံစားရခြင်း ရှိ/မရှိ။ ရှိပါက အမှတ်စဉ် (၈) တွင် အသေးစိတ် အသေးစိတ်အချက်အလက်များဖြည့်စွက်ပေးပါရန်။ In the past 5 years, have you ever experienced these symptoms more than one week (fatigue, abnormal weight loss, diarrhea, prolonged fever, abnormal skin rash) or taken leave from work more than one week? If "Yes", please describe in No. (8)	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
၄။	အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေပါ။ (အမျိုးသမီးများအတွက်သာ) Please describe the following questions. (For female applicants only)	
(က)	ကိုယ်ဝန် ရှိ/မရှိ Are you currently pregnant? ကိုယ်ဝန်ရှိပါက ကိုယ်ဝန်လက်ဖော်ပြရန် _____ If "Yes", please specify the number of weeks or months	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
(ခ)	သားအိမ်အလုံး၊ မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်၊ နို့ရည်လင်းရောဂါများခွဲမွေးဖူးခြင်းကို 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)	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> မရှိ No
၆။	အန္တရာယ်ရှိသော အားကစားလှုပ်ရှားမှုကိုဆောင်ရွက်ခဲ့ခြင်းရှိ/မရှိ (ဥပမာ အမြင့်ခုန်ခြင်း၊ တောင်တက်ခြင်း၊ လေထီးခုန်ခြင်း၊ ဂလိုက်ဒါစီးခြင်း၊ နှင်းလျှောစီးခြင်း၊ ကား/ဆိုင်ကယ်ပြိုင်ပွဲများဝင်ရောက်ယှဉ်ပြိုင်ခြင်း အစရှိသည်ဖြင့်)။ Do you have extreme hobbies (e.g. bungee jumping, mountain climbing, parachuting, gliding, snow skiing, car/cycle racing, etc.)?	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> 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 _____	<input type="checkbox"/> ရှိ Yes <input type="checkbox"/> 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).			
မေးခွန်းနံပါတ် Question No.	ကျန်းမာရေးအခြေအနေ/ရောဂါ/စမ်းသပ်မှု/စစ်ဆေးမှုအသေးစိတ် Health Condition/Disease/Treatment/Check-up in details	(ခန့်မှန်း) ရက်စွဲ Date	ဆေးရုံ/ ဆေးခန်း/ ဆရာဝန်၏အမည် Hospital/Clinic/Doctor's Name	စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများ၊ ကုသမှုများအရ လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေရလဒ်များ According to treatment and check-up, current health conditions

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

အပိုအကာအကွယ်ရွေးချယ်မှု (Rider Plan)

ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံ အပိုအကာအကွယ်ဝယ်ယူလိုပါက အောက်ဖော်ပြပါအချက်များအား ဖြည့်စွက်ပေးပါရန်။

Please fill up the below information, if you want to buy rider plan.

မူရင်းပေါ်လစီ၏ တစ်ကြိမ်တည်းပေးပရီမီယံပမာဏ (သို့မဟုတ်) Single Premium of base plan (or) အာမခံထားငွေ _____ ကျပ် (အများဆုံး ကျပ်သိန်း ၅၀ အထိသာ) Sum Insured MMK (up to MMK 5,000,000 only)

ကြေညာချက် (Declaration)

(၁) ဤအသက်အာမခံအဆိုလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အဖြေများနှင့် AMI Life သို့ တင်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့ ထောက်ခံအတည်ပြုပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် တစ်စုံတစ်ရာသော အချက်အလက်တို့ကို ဖော်ပြထားခြင်း မရှိဘဲ ချန်လှပ်ထားခြင်းရှိခဲ့သော် AMI Life သည် ကျွန်တော်/ကျွန်မ(တို့)၏ အာမခံအဆိုလွှာနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ တို့ကို ငြင်းဆို ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း နားလည်သိရှိပြီးဖြစ်ပါသည်။

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) အာမခံထားငွေ ကျပ်သိန်း(၁၀၀)၏ အထက်ရှိသော ပေါ်လစီများတွင်ဆေးစစ်ရန်လိုအပ်ပြီး AMI Life နှင့်ချိတ်ဆက်ထားသော ဆေးရုံများ၊ ဆေးစစ်စင်တာများတွင် သွားရောက်စစ်ဆေးနိုင်ပါသည်။ AMI Life မှ ဆေးစစ်မှုကုန်ကျစရိတ်အား ကျခံသွားမည်ဖြစ်ပြီး အကြောင်းအမျိုးမျိုး ကြောင့် အာမခံပေါ်လစီရှင်မှ အာမခံအကာအကွယ် ဆက်လက်ရယူခြင်းမပြု၍သော်လည်းကောင်း၊ အာမခံလက်ခံရန်ငြင်းပယ်ခြင်းခံရလျှင် သော်လည်းကောင်း၊ AMI Life မှ ဆေးစစ်ချက်ကုန်ကျစရိတ်များအား အာမခံ ပေါ်လစီရှင်ထံသို့ ပြန်လည်တောင်းခံမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ အာမခံပေါ်လစီရှင်များမှ ၎င်းတို့ (၆) လအတွင်း စစ်ဆေးခဲ့သော ဆေးစစ်ချက်များအား တင်ပြနိုင်ပြီး လိုအပ်ပါက ပြန်လည်ဆေးစစ်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း အား နားလည်သဘောပေါက်ပြီးဖြစ်ပါသည်။

I understand that medical screening must be conducted for all the insured which receive above sum insured MMK 10-million-kyat coverage at the established partner hospitals or medical laboratories of AMI Life. Otherwise, the insured can present their medical check-up records within six months (6) and the underwriters will recommend check-up again if necessary. If the condition is not valid for acceptance or if the policyholder cancel for insurance, the medical screening fees should be paid to AMI Life.

(၃) လစဉ်၊ သုံးလတစ်ကြိမ် နှင့် ခြောက်လတစ်ကြိမ် ပေးချေရမည့် အရစ်ကျ ပရီမီယံ တစ်ကြိမ်စီအတွက် ပရီမီယံပေးချေရမည့် နောက်ဆုံးနေ့မှစ၍ ၁၅ ရက်ကာလကို ပရီမီယံပေးသွင်းရန်စောင့်ဆိုင်းကာလဟု သတ်မှတ်ခွင့်ပြုပါသည်။ ပရီမီယံပေးသွင်းရန်စောင့်ဆိုင်းကာလအတွင်း အာမခံပေါ်လစီ စာချုပ်အရ လျော်ကြေးအကျုံးဝင်ပါသည်။ ပရီမီယံပေးသွင်းရန်စောင့်ဆိုင်းကာလအတွင်း လျော်ကြေး ပေါ်ပေါက်ပါက ပေါ်လစီရှင်သည် မပေးချေရသေးသော ပရီမီယံများအားလုံး ကို AMI Life သို့ပေးချေရန်တာဝန်ရှိပါသည်။

I understand that for installment premium (monthly, quarterly, and semi-annually), the grace period (waiting period for premium payment) will be 15 days from the date of premium payment. Any claims occurred during the grace period is valid.

(၄) ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် အာမခံထားရှိသည့်နေ့မှ (၂) ပတ်အတွင်း Covid-19 ဝေဒနာများကြောင့် သေဆုံးခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆေးရုံ/ဆေးခန်း တက်ရောက်ကုသခြင်းများအတွက် အာမခံလျော်ကြေးကိစ္စ လက်ခံစဉ်းစားပေးမည် မဟုတ်ကြောင်းနှင့် (၂) ပတ်ကျော်မှသာ ပေါ်လစီပါ စည်းကမ်းများအတိုင်း လျော်ကြေး လက်ခံဆောင်ရွက်သွားမည်ကို သိရှိနားလည်ပါသည်။

ကျွန်တော်/ကျွန်မတို့သည် ဤလျှောက်လွှာပါ လိုက်နာရမည့်စည်းကမ်းချက်များကို ဖတ်ရှုသိရှိပြီး သဘောတူလက်မှတ် ရေးထိုးလျှောက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

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.

အာမခံပေါ်လစီရှင်
 Policyholder

အာမခံထားသူ
 Insured Person
 (အာမခံပေါ်လစီရှင်နှင့်ကွဲပါက)

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

လက်မှတ် _____
 Sign

လက်မှတ် _____
 Sign

အမည် _____
 Name

အမည် _____
 Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ / လ _____ / ခုနှစ် _____
 Date Day Month Year

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ / လ _____ / ခုနှစ် _____
 Date Day Month Year

အသိသက်သေ
 Witness

အာမခံကိုယ်စားလှယ်
 Agent

လက်မှတ် _____
 Sign

လက်မှတ် _____
 Sign

အမည် _____
 Name

အမည် _____
 Name

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ / လ _____ / ခုနှစ် _____
 Date Day Month Year

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ / 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 ဤစာရွက်စာတမ်းအား 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.

AMI Life မှအရောင်းဝန်ထမ်းတာဝန်ရှိသူ
Sale Representatives for AMI Life

လက်မှတ် _____
 Sign

အမည် _____

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ / လ _____ / ခုနှစ် _____
 Date Day Month Year