

အဆိုလွှာအမှတ် Proposal No.	PR/
-------------------------------	-----

### သတိပြုရန် (IMPORTANT NOTICE)

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပြေစရာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တစ်စုံတစ်ရာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ဝယ်လစ်အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။ ပရီမီယံပေးသွင်းချိန်မှစပြီး အကာအကွယ် ရရှိမည်ဖြစ်သည်။  
 You are to disclose in this proposal form fully and faithfully all facts which you know or ought to know, otherwise the insurance effected may be void. No cover attaches until premium has been paid.

အာမခံအမျိုးအစား Type of Insurance

ကျန်းမာရေးအာမခံ Health Insurance
  ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံ Critical Illness Insurance
  လူထုအခြေပြုကျန်းမာရေးအာမခံ Micro Health Insurance

### ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက်များ (AGENT'S DETAILS)

ကိုယ်စားလှယ်အမည် Agent's Name		ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် Agent's No.	
----------------------------------	--	----------------------------------	--

### အာမခံအဆိုပြုသူ၏ အချက်အလက်များ (PARTICULARS PROPOSER)

အဆိုပြုသူအမည်  
Proposer's Name

တစ်ဦးချင်းအာမခံထားသူအတွက်  
For Individual Customer

နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင် / နိုင်ငံကူးလက်မှတ်  
NRC / Passport No.

မွေးသက္ကရာဇ်  
Date of Birth

အလုပ်အကိုင်  
Occupation

လူမျိုး  
Ethnicity

ကိုယ်အလေးချိန်  
Weight Lb

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဧည့်သည်အဖြစ်ဖြင့် (အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/ လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/ အခြားကိစ္စများ)  
If you are foreigner, you are- On work visa/ visit visa/ others

ကျား/မ  
Gender  Male  Female

အရပ်  
Height  ပေ Feet  လက်မ Inches

အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ  
Marital status  မရှိ Single  ရှိ Married

ကုမ္ပဏီအနေဖြင့် အာမခံထားသူအတွက်  
For Corporate Customer

အောက်ဖော်ပြပါ စာရွက်စာတမ်းများကို ဤအဆိုပြုလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲဖော်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။  
Please enclose the following items with this application. All documents (Copy) from No.1 to No.4 are required.

Myanmar Companies Online (MyCo) certificate such as Certificate of Incorporation or Certificate of Registration for Overseas Corporation  
 MyCo Company Profile-Address  
 MyCo Company Profile-Officers List and its detail information page  
 MyCo Company Profile-shareholdings List and its detail information page

ဖုန်းနံပါတ် Phone No.		အီးမေးလ် Email	
နေရပ်လိပ်စာ Address	Building No. (ဗြိတိသျှ/တိုက်အမှတ်)	Street (လမ်း)	Ward/Village (ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ)
			Township (မြို့နယ်)
			City (မြို့)

ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ်  
Purchased Units

### ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း (PREMIUM PAYMENT TYPE)

အရာအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု  
Corporate Insured

လစဉ်ပေး  
Monthly

(၃)လတစ်ကြိမ်ပေး  
Quarterly

(၆)လတစ်ကြိမ်ပေး  
Biannually

တစ်လုံးတည်းပေး  
Lump Sum

တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု  
Individual Insured

(၆)လတစ်ကြိမ်ပေး  
Biannually

တစ်လုံးတည်းပေး  
Lump Sum

**အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏အချက်အလက်များ (BENEFICIARY'S DETAILS)**

အမည် Name	<input type="text"/>	ဖုန်းနံပါတ် Phone No.	<input type="text"/>
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်/ နိုင်ငံကူးလက်မှတ် NRC / Passport No.	<input type="text"/>	နေရပ်လိပ်စာ Address	<input type="text"/>
တော်စပ်ပုံ Relationship	<input type="text"/>		
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	<input type="text"/>		

**ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ  
Statement**

လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ  
Current Health Condition

၁။ လွန်ခဲ့သည့် (၃) လ အတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Were you given a prescription for any medication or did you undergo any medical examination, check-up or treatment. (Including hospitalization and surgery) during the past (3) months?

ရှိ  မရှိ

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ  
Health Condition in the Past (5) years

၂။ လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

Were you given a prescription for any medication or did you undergo any medical examination, check-up or treatment (Including hospitalization and surgery) because of the diseases and injuries in the table during the past (5) years?

နှလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန် Heart / Blood Pressure	သွေးတိုးခြင်း Hypertension	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ Angina	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးကြွက်သားပုတ်ခြင်း Myocardial infarct	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နှလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ Heart valve disease	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း Arrhythmia	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
ဦးနှောက် Brain	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း Cerebral Haemorrhage	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း Cerebral infarct	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပင်ကူးမြူးအောက်သွေးသွန်ခြင်း Subdural Haemorrhage	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွတ်ကြော ဖောင်းခြင်း Cerebral arteritis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော Mental/Nervous system	စိတ်ကျရောဂါ Depression	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ Schizophrenia	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ်ယွင်းခြင်း Mental disability	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အတတ်ရောဂါ Seizure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အရက်စွဲခြင်း Alcohol addiction	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
အဆုတ် Lung	အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီစသည်) Lung disease (TB etc.)	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ပန်းနာရင်ကျပ် Asthma	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ် Stomach, Liver, Kidneys	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်းရောဂါ Renal Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန် အလုပ်မလုပ်ခြင်း Renal impairment	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
မျက်လုံး Eye	အတွင်းတိမ် Cataract	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရေတိမ် Glaucoma	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	မြင်လွှာရောဂါ Retinal disease	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
ကင်ဆာ၊ အလုံးအကျိတ် (ကင်ဆာ၊ ကင်ဆာဖြစ်သော၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော) Cancer, tumor(cancerous)	ကင်ဆာနှင့် ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်စသည် Malignant and benign tumors etc.	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		

အခြား Others	သွေးတွင်းအဆီများလွန်းခြင်း Lipid profile	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
	ဆီးချိုရောဂါ Diabetes	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အဆစ်ရောင်ရမ်းနာ Inflammation of joints	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း Back pain	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	လေးဘက်နာ Rheumatic fever	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း Infertility	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
အမျိုးသမီးသီးသန့် For Women	သားအိမ်အလုံး Uterine tumor	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ် Ovarian tumor	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ရင်သားအကျိတ် Breast tumor	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	သားပျက်သားလျှော Abortion	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

၃။ လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသောရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း (သို့မဟုတ်) ဆရာဝန်စပြုသည့် နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုမယူသည့်နေ့အထိ (၇)ရက် နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

Do you have any surgery or prescription to take medicine, treatment (including hospitalization) medical examination or checkup from doctor seven days and above from the first day of taking treatment to the last day due to the diseases and injuries excluding in the table during the past 5 years ?

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု  
Physical Injury

၄။ လက်ရှိအမြင်အာရုံ ထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ရောင်း ခြေရောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့မဟုတ်) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ရှိလျှင်းနေခြင်း၊ (သို့မဟုတ်) ကျောရိုး၊ မှုမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။

Are you visually impaired, or have a damaged limb (or) performance disability (or) spine deformity and other defects?

ရှိ  မရှိ

(က) အစိတ်အပိုင်း  
Part

(ခ) အခြေအနေ  
Condition

(ဂ) ရောဂါအခြေအနေစိတ်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲ တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန်  နှစ်  လ  
Stability of the condition of the disease without worsening  year  month

(ဃ) အကြောင်းအရင်း  
Cause

(င) အမြင်အာရုံ (ဘယ်)ပါဝါ  (ညာ)ပါဝါ   
Vision (Left) Spherical (Right) Spherical

ဆေးစစ်ခြင်း  
Medical Check-up

၅။ လွန်ခဲ့သော (၁)နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသော စစ်ဆေးမှုများကို ခံယူခဲ့ပြီး၊ မှုမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခဲ့ရပါသလား။

Were you informed any abnormality after taking an X-ray scan, Ultrasound, CT Scan, Tissue sampling, ECG Scan, urine test, blood test and other check-ups during previous

ရှိ  မရှိ

year?

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ  နှစ်  လ  
Year of check-up  year  Month

(ခ) မှုမမှန်သည့်အချက်  
Abnormality

၆။ (၁)မှ(၅)အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင်အသေးစိတ် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

If you answer "Yes" for the question (1) to (5) please answer the details in following.

(က) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည်  
Name of the disease or injury

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည်  
Name of the clinics or hospital

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ  
Current condition

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး  စစ်ဆေးနေဆဲ  ကုသနေဆဲ  အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ  အခြား

Cured Examining Undergoing Treatment Monitoring Others

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း  လတွင်  ကြိမ်

If it is still being monitored, the frequency of clinic visit is Month Times

(ဃ) စမ်းသပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသခြင်းကာလ  လ  ခုနှစ်မှ  လ  ခုနှစ်ထိ

Examination, check-up, treatment period, From Month Year to Month Year

(င) ကုသသည့် ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန်

Any specific instruction from attending physician

မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့် ရောဂါလက္ခဏာ  
Self-Identified Symptoms

၇။ လွန်ခဲ့သော (၆)လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို (၁)ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။  
ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း။

Have you ever suffered these symptoms for more than a week during last (6) months? Fatigue, Weight loss, Diarrhoea, Nausea, Skin disease

ရှိ  မရှိ

Yes No

ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း  
Cancer Disease

၈။ လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။  
Have you ever had cancer?

ရှိ  မရှိ

Yes No

ကိုယ်ဝန်  
Pregnancy

၉။ လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟု ယူဆရသည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။

ရှိ  မရှိ

Yes No

Are/ have you got pregnant now or have Amenorrhoea, Nausea and vomiting symptoms?

အဖြေသည် "ရှိ" ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။  
If you have answered "Yes", please submit recommendation letter from doctor about normal pregnancy at present.

အခြား  
Others

၁၀။ ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။  
Do you smoke now (or) during the last (12)months?

သောက်သည်  မသောက်ပါ

Yes No

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ်

How long have you been smoking?(Year)

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

Daily Occasional

နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက်

Daily amount of cigarettes

၁၁။ အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲ သောက်ပါသလား။  
Do you drink alcohol?

သောက်သည်  မသောက်ပါ

Yes No

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား။  
Do you drink alcohol everyday?

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

Daily Occasional

တစ်နေ့လျှင် မည်မျှသောက်ပါသလဲ။

How much alcohol do you drink a day?

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ  
Insurance with Other Companies

၁၂။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက

Do you have or have you had this insurance policy with any other insurers?

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်  
Insurance Company Name

ပေါ်လစီအမှတ်  
Policy No.

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ်  
Purchased Plan

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက်  
Purchased Unit(s)

အာမခံသက်တမ်း  
Insurance Period

မှ

From

အထိ  
To

ဝန်ခံချက်  
Affidavit

ထူးအထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

I, hereby, guarantee that the information provided above are true and reflected my current health condition.

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး Health condition upon visual check	ကောင်း Good	<input type="checkbox"/>	မကောင်း Bad	<input type="checkbox"/>
--	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------

အသိသက်သေလက်မှတ်  
Witness Signature

\_\_\_\_\_

အသိသက်သေအမည်  
Witness Name

\_\_\_\_\_

နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်  
NRC no.

\_\_\_\_\_

ဤအဆိုလွှာတွင် ကျွန်ုပ်တို့ဖော်ပြခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်တို့သိရှိယုံကြည်ထားသည့် အမှန်ကန်ဆုံးဖြစ်ကြောင်းနှင့် အဆိုလွှာကို လက်ခံပါက ဤဖော်ပြချက်များသည် ကျွန်ုပ်နှင့် ရော့ဆွန်ပီအာမခံကုမ္ပဏီတို့အကြားတွင် ပဋိပညာပြုလုပ်သည့် အခြေခံဖြစ်စေရန် သဘောတူပါကြောင်း ကြေငြာအပ်ပါသည်။

I hereby declare that the statements made by me in this Proposal are true to the best of my knowledge and belief and I hereby agree that this declaration shall form the basic of the contract between me and AYA SOMPO Insurance Company in the event of the Proposal being accepted.

ရက်စွဲ Date	ရက် day	လ month	ခုနှစ် year
----------------	------------	------------	----------------

အာမခံအဆိုပြုသူ  
Proposer

လက်မှတ်  
Signature

အမည်  
Name

\_\_\_\_\_