

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

သတိပြုရန် (Important Notice)

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ်ဆွဲစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရှည်ရှည်ချက်ဖြင့် လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိမ်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။ ပရီမီယံပေးသွင်းချိန်မှစပြီး အကာအကွယ်ရရှိမည်ဖြစ်သည်။

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.

ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက်များ (AGENT'S DETAILS)

ကိုယ်စားလှယ် အမည် Agent's Name	ကိုယ်စားလှယ် အမှတ် Agent's No
-----------------------------------	----------------------------------

အာမခံအဆိုပြုသူ၏ အချက်အလက်များ (PARTICULARS OF PROPOSER)

အဆိုပြုသူ အမည် Proposer's Name

တစ်ဦးချင်းအာမခံထားသူအတွက်
For Individual Customer

နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်/ နိုင်ငံကူးလက်မှတ် NRC / Passport No.	လူမျိုး Nationality
မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	အလုပ်အကိုင် Occupation
ကျား/မ Gender	အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ Marital Status

ကျား Male မ Female
 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) certificates 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-shareholding List and its detail information page

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

အာမခံအမျိုးအစား (TYPE OF INSURANCE)

ပတ်ကေချ် Package	<input type="checkbox"/> အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု Corporate <input type="checkbox"/> တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု Individual
အစီအစဉ် Plan	<input type="checkbox"/> AYA Health Plus <input type="checkbox"/> AYA Health Pro <input type="checkbox"/> AYA Health Prestige <input type="checkbox"/> AYA Health Prime
အာမခံသက်တမ်း Period of Insurance	မှု From အထိ To

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏အချက်အလက်များ (BENEFICIARY'S DETAILS)

အမည် Name	ဖုန်းနံပါတ် Phone No.
အာမခံထားသူနှင့်ဆက်စပ်မှု Relation to Policyholder	နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင် NRC No.

ဖွင့်ဟကြေညာလွှာ
Declaration

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမေးခွန်း (MEDICAL QUESTIONNAIRE)

အာမခံထားသူအတွက် (For Insured)

အလေးချိန်
Weight

အရပ်
Height ပေ လက်မ
Feet Inches

ကျန်းမာရေးအခြေအနေ
Health Condition

(၁) လွန်ခဲ့သည့် (၃)လ အတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ၊ ရှိ မရှိ
ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။
Were you given a prescription for any medications or did you undergo any medical examinations, check-up or treatment (Including hospitalization and surgery) during the past (3) months?

(၂) လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။
Were you given a prescription for any medications or did you undergo any medical examinations, check-up or treatment (Including hospitalization and surgery) because of the diseases and injuries in the below 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"/>	နှလုံးအဆိုရှင်ရောဂါ 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"/>
	ပင်ကျမ်းအောက်သွေးသွန်ခြင်း Subdural Haemorrhage	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွှတ်ကြောဖောင်းခြင်း 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"/>	အတက်ရောဂါ Seizure	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"/>
ကျောက်ကပ် 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 Cancer, tumor	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"/>
	လေးဘက်နာ Rheumatic fever	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"/>	ကလေးမရနိုင်ခြင်း 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"/>	သားပျက်သားလျှော့ Abortion	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသောရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း၊ ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်) ၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။
Do you have any surgery or prescription to take medicine, treatment (Including hospitalization) medical examination or checkup from doctor due to the diseases and injuries excluding in the table during the past 5 years?

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု

Physical Injury

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံ ထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ချောင်း ခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့မဟုတ်) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊
(သို့မဟုတ်) ကျောရိုးမှမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ
Yes No

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

အစိတ်အပိုင်း

Part

အခြေအနေ

Condition

အကြောင်းအရင်း

Cause

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 ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။

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 year?

စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ

 နှစ် လ

မှုမမှန်သည့်အချက်

Year of check-up

year

Month

Abnormality

(၆) မေးခွန်း (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
Cured

စစ်ဆေးနေဆဲ
Examining

ကုသနေဆဲ
Undergoing

အခြေအနေစောင့်ကြည့်ဆဲ
Monitoring

အခြား
Others

ကိုယ်ဝန်

Pregnancy

(၇) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။

Are you pregnant now?

ရှိ မရှိ
Yes No

အခြား

Others

(၈) ဆေးလိပ် သောက်ပါသလား။

Do you smoke?

သောက်သည်
Yes

မသောက်ပါ
No

နေ့စဉ်
Daily

တစ်ခါတစ်ရံ
Occasional

နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက်

Daily amount of cigarettes

(၉) အရက် သောက်ပါသလား။

Do you drink alcohol?

သောက်သည်
Yes

မသောက်ပါ
No

နေ့စဉ်
Daily

တစ်ခါတစ်ရံ
Occasional

တစ်နေ့လျှင် မည်မျှသောက်ပါသလဲ။

How much alcohol do you drink a day?

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှု
Insurance with Other Companies

ဤအာမခံအမျိုးအစားကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိဖူးပါကဖော်ပြပါ။
 Do you have or have you had this insurance policy with any other insurers?

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်
 Insurance Company Name

ဝယ်ယူသည့် အာမခံအကာအကွယ်
 Purchased Plan

အာမခံသက်တမ်း
 Insurance Period မှ အထိ
 From To

ဝန်ခံချက်
Affidavit

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။
 I, hereby, guarantee that the information provided above are true and reflected my current health condition.
 ဤအဆိုလွှာကို လက်ခံရန် သဘောတူရာ၌ ဧရာဆွန်ပီအာမခံကုမ္ပဏီသည် ဤထွက်ဆိုချက်များနှင့် အချက်အလက်များအပေါ် မှီခိုခြင်းမည်ကို ကျွန်ုပ်လက်ခံပါသည်။
 I accept AYA SOMPO Insurance Company will be relying on such statements and information when agreeing to accept this proposal.
 ပေးထားသည့် အချက်အလက်များ၏ ခိုင်လုံမှုကို စုံစမ်းစစ်ဆေးရန် ဧရာဆွန်ပီအာမခံကုမ္ပဏီ၌ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။
 AYA SOMPO Insurance Company reserves the right to investigate the validity of the information provided where uncertainty exists.
 ပေးချေရမည့်ငွေပမာဏကို သတ်မှတ်ရက်အတွင်းတွင် ပေးချေခြင်းမရှိပါက အဖွဲ့ဝင်အဖြစ်မှ ပယ်ဖျက်ပိုင်ခွင့် ဧရာဆွန်ပီအာမခံကုမ္ပဏီတွင်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
 I acknowledge that AYA SOMPO Insurance Company reserves the right to cancel the membership if any amount due is not paid or on the due date concerned.
 ဤအဆိုလွှာတွင် ကျွန်ုပ်ဖော်ပြခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိယုံကြည်ထားသည့် အမှန်ကန်ဆုံးဖြစ်ကြောင်းနှင့် အဆိုလွှာကို လက်ခံပါက ဤဖော်ပြချက်များသည် ကျွန်ုပ်နှင့် ဧရာဆွန်ပီအာမခံကုမ္ပဏီတို့အကြားတွင် ပဋိညာဏ်ပြုလုပ်သည့် 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 from 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

ဆက်သွယ်ရမည့်သူ အချက်အလက်များ
 Contact Person Details

လက်မှတ်
 Signature

အမည်
 Name _____

ရာထူး
 Job Title _____

အမည်
 Name _____

ဖုန်းနံပါတ်
 Phone No. _____