

ရက်စွဲ
Date

တောင်းဆိုသူ၏ အချက်အလက်များ (CLAIMANT'S DETAILS)

အာမခံထားသူအမည် Policyholder Name	<input type="text"/>	ပေါ်လစီအမှတ် Policy/ Reference Number	<input type="text"/>
တောင်းဆိုသူအမည် Claimant Name	<input type="text"/>	အာမခံထားသူနှင့် ဆက်စပ်မှု Relation to Policyholder	<input type="text"/>
နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသား စီစစ်ရေးကဒ်အမှတ် NRC/ Passport No.	<input type="text"/>	မွေးသက္ကရာဇ် Date of Birth	<input type="text"/>
ဖုန်းနံပါတ် Phone Number	<input type="text"/>	အီးမေးလ်လိပ်စာ Email Address	<input type="text"/>

တောင်းဆိုမည့် အသေးစိတ်အချက်အလက်များ (CLAIM'S DETAILS)

တောင်းဆိုချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ အောက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များ အားလုံးကို အထောက်အထားများနှင့်တကွပြည့်စုံစွာ ဖော်ပြထားပါသည်။
 I submit all relevant documents that related with described facts below for claim.

နာမကျန်းမှု/ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပါ။
 Please describe the details of illness or injury.

တောင်းဆိုမှုအမျိုးအစား Type of Claim	စတင်ကုသမှုခံယူခဲ့သည့်နေ့ Treatment Date	ကုသမှုခံယူခဲ့သည့်နေရာ Place of Treatment	ကုသမှုအပြည့်အစုံ Full Description of Treatment	ကုသမှုကုန်ကျစရိတ် (ကျပ်) Treatment Charges (MMK)
ဆေးရုံနှင့်ဆေးကုသမှု Medical & Hospital				
ပြင်ပလူနာ Outpatient				
အမြင်အာရုံ ပြုသမှု Optical Care				
သွားနှင့်တွင်းကုသမှု Dental Care				
မတော်တဆမှု Personal Accident				

ဖွင့်ဟကြေညာချက်

Declaration

(၁) တောင်းဆိုချက်သည် ကိုယ်ဝန် သို့မဟုတ် မီးဖွားခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်မှုရှိပါသလား။
 သက်ဆိုင်ပါက၊ ကလေးမွေးဖွားမည့် ခန့်မှန်းရက်မှာ _____ ရှိ မရှိ

(1) Does the claim relate to pregnancy or maternity? If yes, the expected delivery date is: _____

(၂) တောင်းဆိုချက်သည် မတော်တဆမှုတစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်မှုရှိပါသလား။
 ရှိ မရှိ

(2) Does the claim relate to an accident?

(၂.၁) သက်ဆိုင်မှုရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ပါဝင်ပတ်သက်နေသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း၊ သက်သေများနှင့် ပတ်သက်သော အသေးစိတ် အဖြစ်အပျက်များ၊ လိပ်စာများနှင့် ဖုန်းနံပါတ်များကို ဖော်ပြပေးပါ။

(2.1) If yes, please provide details of incident names, addresses and telephone numbers of any third parties and witnesses involved:

(၂.၂) မတော်တဆမှု ကို ရဲစခန်းသို့ တင်ပြခဲ့ပါက၊ အစီရင်ခံသည့် ရက်စွဲ နှင့် ရဲစခန်း အသေးစိတ် အချက်အလက် များကိုဖော်ပြပါ။

(2.2) If the accident was reported to the police, please provide the report date and the police station in details:

(၃) တောင်းဆိုချက်သည် မြန်မာနိုင်ငံပြင်ပတွင် ဆေးကုသရန် ရှိပါသလား။
 ရှိ မရှိ

(3) Is the claim for treatment outside Myanmar?

ပူးတွဲပါအထောက်အထား -

Attached Document -

ဆရာဝန်၏ဆေးစစ်ချက်ထောက်ခံစာ
Medical Examination Certificate

ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းစာအုပ်မိတ္တူ
Copy of Medical Record Booklet/ Certificate

ဆေးရုံမှထုတ်ပေးသည့် ငွေတောင်းခံလွှာ/ငွေလက်ခံဖြတ်ပိုင်း
Bill/ Receipt issued by the hospital

ဆေးရုံ/ဆေးရုံပြင်ပ ဖြစ်ပါက 'ဆရာဝန်၏ဆေးစစ်ချက်ထောက်ခံစာ' နှင့် 'ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းစာအုပ်မိတ္တူ' တို့အနက် တစ်ခုခုကို တင်ပြနိုင်လျှင် ရပါသည်။

ဘဏ်အသေးစိတ်

Bank Details

ဘဏ်အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို အောက်တွင်ဖော်ပြပါ။

Please provide your bank details below.

ဘဏ်အမည် Bank Name	
ဘဏ်လိပ်စာ Bank Address	
ဘဏ်အကောင့်ကိုင်ဆောင်သူအမည် Name of Account Holder	
ဘဏ်အကောင့်နံပါတ် Bank Account Number	

ဤအဆိုလွှာတွင် ကျွန်ုပ်ဖော်ပြခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိယုံကြည်ထားသည့် အမှန်ကန်ဆုံးဖြစ်ကြောင်းနှင့် တောင်းဆိုလွှာကို လက်ခံပါက ဤဖော်ပြချက်များသည် ကျွန်ုပ်နှင့် ရောဆွန့်ပိုအာမခံကုမ္ပဏီတို့အကြားတွင် ပဋိညာဏ်ပြုလုပ်သည့် အခြေခံဖြစ်စေရန် သဘောတူပါကြောင်း ကြေငြာအပ်ပါသည်။

I hereby declare that the statements made by me in this claim form 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 request form being accepted.

ရက်စွဲ Date		ရက် Day		လ Month		ခုနှစ် Year	
----------------	--	------------	--	------------	--	----------------	--

အာမခံထားသူ/ တောင်းခံသူ
Policyholder/ Claimant

လက်မှတ်
Signature

အမည်
Name
