

ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံပေါ်လစီ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ပေါ်လစီအမှတ် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

ရက်စွဲ -----

အာမခံထားသူအမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် -----

အသက် -----

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းသည့်စနစ် -----

၁နှစ်ကျသင့်ပရီမီယံ -----

ပေးသွင်းပရီမီယံ -----

အာမခံသက်တမ်း 1 Year From ----- To -----

အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခံရသူအမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် -----

အသက် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

အာမခံထားသူကပေးသွင်းသော ပရီမီယံကို အကြောင်းပြု၍ အာမခံထားသူသည် အထက် ဖော်ပြပါ အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ပြင်းထန်သော ရောဂါရရှိခြင်း (သို့မဟုတ်) သေဆုံးခြင်းအတွက် ၎င်းဝယ်ယူထားသော ယူနစ်အရေအတွက်အလိုက် ကျသင့်ငွေကြေးကို ဤအာမခံစာချုပ်ပါ စည်းကမ်းချက်များ၊ နောက်ပြုလုပ်ကောင်းပြုလုပ်မည့် ပြင်ဆင်ချက်များနှင့်အညီ အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခံရသူသို့ ပေးလျော်ရန် ဤအာမခံကုမ္ပဏီက တာဝန်ယူကတိပြုပါသည်။

အခွင့်အာဏာရအရာရှိ