

ကျန်းမာရေးအာမခံပေါ်လစီ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် ----- ပေါ်လစီအမှတ် -----
 ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် ----- ရက်စွဲ -----

အာမခံထားသူအမည် -----
 နေရပ်လိပ်စာ -----

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

ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းသည့်စနစ် -----

အာမခံအကာအကွယ်	ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်	ပရီမီယံ (ကျပ်)
အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်	-----	-----
ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၁)	-----	-----
ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၂)	-----	-----
စုစုပေါင်း	-----	-----
(12) လ ပရီမီယံ	-----	-----

အာမခံထားသူအချက်အလက်များ

အဘအမည် -----
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----
 အသက် -----
 အလုပ်အကိုင် -----
 ဖုန်းနံပါတ် -----

အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခံရသူ၏အချက်အလက်များ

အမည် -----
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----
 အသက် -----
 တော်စပ်ပုံ -----
 နေရပ်လိပ်စာ -----
 ဖုန်းနံပါတ် -----

အာမခံထားသူက ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကိုအကြောင်းပြု၍ အာမခံထားသူသည် အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံသက်တမ်း အတွင်း ဆေးရုံတက်ရခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသမှုခံယူရခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း၊ သေဆုံးခြင်း၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း ပြသခြင်းအတွက် ၎င်းဝယ်ယူ ထားသော ယူနစ်အရေအတွက်အလိုက် ကျသင့်ငွေကြေးကို ဤအာမခံစာချုပ်ပါ စည်းကမ်းချက်များ၊ နောင်ပြုလုပ်ကောင်းပြုလုပ်မည့် ပြင်ဆင်ချက်များနှင့်အညီ အာမခံထားသူ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူသို့ ပေးလျှော်ရန် ဤအာမခံကုမ္ပဏီက တာဝန်ယူကတိပြုပါသည်။

အခွင့်အာဏာရအရာရှိ