



GLOBAL WORLD INSURANCE COMPANY LIMITED

NO.(39), SHWE THARAPHE HOUSING, BAYINT NAUNG ROAD, KAMARYUT TOWNSHIP, YANGON, MYANMAR. TEL; 01-530773, 530776, 530778 FAX: (95-1) 530665 HOT LINE: 09-33087771, 09-33087774

----- အာမခံကုမ္ပဏီ
ကျန်းမာရေးအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----
ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူ၏အမည် -----
အသက် (မွေးနေ့သက္ကရာဇ်) -----
မွေးဖွားရာဇာတိ -----
အိမ်ထောင်ရှိ / မရှိ -----
လူမျိုး -----
ကျား / မ -----
အရပ် -----
ကိုယ်အလေးချိန် -----
နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----
အလုပ်အကိုင် -----
နေရပ်လိပ်စာ -----
တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----
အဘအမည် -----
နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----
အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----
အလုပ်အကိုင် -----
နေရပ်လိပ်စာ -----
တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက - အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/ လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့် / အခြားကိစ္စများ
ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ်

- ၁။ သင်သည် အောက်ပါရောဂါများကုသမှုခံယူဖူးပါသလား။
- | | ရှိ | မရှိ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (က) လေဖြတ်၊ သွေးတိုး၊ ကိုလက်စထရောမြင့်မားခြင်း၊ ရင်ဘတ်မအီမသာဖြစ်ခြင်း၊
နှလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ၊ အသက်ရှူမှားခြင်း၊ နှလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း၊
နှလုံးနှင့် သွေးကြောရောဂါများ၊ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ခ) အဆုတ်ရောင်၊ ပန်းနာ၊ လေပြန်ရောင်၊ ရင်ဘတ်အောင့်၊ အသက်ရှူမမှန်၊
တီဘီရောဂါများ နာတာရှည် ချောင်းဆိုး၊ ချောင်းဆိုးသွေးပါ၊
အခြားအဆုတ်ရောဂါများ၊ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ဂ) နားပြည်ယို၊ နှာခေါင်းသွေးလျှံ၊ မျက်စိ၊ နား၊ နှာခေါင်း၊ လည်ချောင်းရောဂါများ၊ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ဃ) ဆီးချို၊ အသည်းရောင်၊ ဆီးထဲတွင်သွေးပါခြင်း၊ ဝမ်းထဲတွင် သွေးပါခြင်း၊
အစာအိမ်ရောဂါ၊ အစာအိမ်အနာ၊ ကျောက်ကပ်ကျောက်တည်ခြင်း၊ ဆီးအိမ်ရောဂါ၊
အသည်းကျောက်ကပ်၊ သည်းခြေအိတ်၊ ပန်ကရိယ၊ အူ၊ အစာအိမ်၊ အစာချေလမ်းကြောင်း၊
လိင်အင်္ဂါရောဂါများ၊ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	ရှိ	မရှိ
(င) ဝက်ရူးပြန်ခြင်း၊ တက်ခြင်း၊ နာတာရှည်ခေါင်းကိုက်၊ စိတ်ဓာတ်ကျနှင့် အခြားအာရုံကြောရောဂါ၊ စိတ်ရောဂါများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(စ) မွေးရာပါချွတ်ယွင်းချက်များ၊ ဂေါက်ရောဂါ၊ အဆစ်မြစ်ရောင်၊ အရိုးပွ၊ ကြွက်သားရောဂါ၊ အရိုး၊ ကျောရိုး၊ ခြေလက်၊ အဆစ်ရောဂါများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဆ) သွေးအားနည်းရောဂါ၊ အခြားသွေးရောဂါများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဇ) ကင်ဆာ၊ အကြိတ်၊ HIV၊ ကာလသားရောဂါများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဈ) ရင်သားအကြိတ်၊ ရာသီမမှန်ခြင်း၊ ရင်သားအပါအဝင် မီးယပ်ရောဂါများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၂။ လွန်ခဲ့သည့် (၁)နှစ်အတွင်း အောက်ပါတို့ကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား။		
(က) X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်၊ သွေးစစ်အခြားစစ်ဆေးမှုများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ခ) ဆေးရုံတက်ခြင်း၊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဂ) နာမကျန်းဖြစ်၍ ဆရာဝန်ဖြင့် ဆေးကုသမှုခံယူခြင်း၊ ဆေးသောက်သုံးမှု(၂)ပတ်ထက်ပိုခြင်း၊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဃ) ကိုယ်ဝန်ဆောင်ရောဂါများ၊ ကိုယ်ဝန်ဆိပ်တက်ခြင်း၊ သားလျော့ခြင်း၊ အသေမွေးဖွားခြင်း၊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၃။ လွန်ခဲ့သည့် (၆)လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများ (၁) ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျ၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း၊		
၄။ ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လအထိ ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။		
• ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် -		
• နေ့စဉ်သောက်သည့် ဆေးလိပ်အရေအတွက် -		
၅။ အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။		
• နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား -		
• တစ်ခါတစ်ရံ သောက်ပါသလား -		
၆။ အထက်ဖော်ပြပါ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် ရှိပါကြောင်းဖော်ပြထားပါက အောက်ပါအသေးစိတ်အချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက်ပါ။		
ရောဂါအမည် -		
ကုသသည့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံအမည် -		
ဆေးကုသရသည့် အကြောင်းရင်း -		
ဆေးကုသမှုရလဒ်များ -		
၇။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲအပ်ခြင်းခံရသူ အမည် -		
အသက် -		
နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကိစ္စအမှတ် -		
တော်စပ်ပုံ -		
နေရပ်လိပ်စာ -		
တယ်လီဖုန်းအမှတ် -		
၈။ ဤအာမခံကိုအခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက ထားရှိခဲ့သည့် ပေါ်လီစီအမှတ်အား ဖော်ပြပေးရန်။		

၉။ ဤအဆိုပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးမိဂရုတစိုက်ဖတ်ရှုပါရန်၊ ဤအဆိုပြုလွှာတင်သည့်နေ့ (သို့မဟုတ်) ဆေးစစ်သည့် နေ့နှင့် အာမခံစာချုပ်ကို ထုတ်ပေးသည့်နေ့အကြားတွင် အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေး အခြေအနေ၊ အလုပ်အကိုင် အပြောင်းအလဲရှိပါက အာမခံလက်ခံသူသို့ အကြောင်းကြားရန်ဖြစ်သည်။ အဆိုပါအချက်အလက်များ ရရှိချိန်တွင် အာမခံလက်ခံသူသည် အဆိုပြုချက်ကို လက်ခံခွင့်၊ ငြင်းပယ်ခွင့်ရှိသည်။ အာမခံထားသူက လွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များသည် အဆိုပြုထားသောဖြစ်ရပ်များနှင့် လွှဲပြောင်းမှုအတွက် သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အကယ်၍ မမှန်မကန်ဖော်ပြမှု ထိန်းချုပ်မှုပြုပါက စာချုပ်ပါအကျိုးခံစားခွင့်များ ပျက်ပြယ်သည်။

ဝန်ခံချက်

အထက်ပါဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အသိသက်သေ

အာမခံထားသူ

ရက်စွဲ -