



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

စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် _____

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် _____

၁။ (က) အလုပ်သမားအမည် _____ (ခ) အဘအမည် _____

(ဂ) အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

(ဃ) အလုပ်သမားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

(င) အလုပ်သမားနေရပ်လိပ်စာ _____

(စ) အလုပ်အကိုင် _____

(ဆ) အလုပ်ဌာနအမည် _____

(ဇ) အလုပ်ဌာနလိပ်စာ _____

၂။ အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) _____

၃။ အာမခံထားငွေ _____

၄။ အာမခံသက်တမ်း _____

၅။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း

(က) လွှဲပြောင်းခြင်းခံရမည့်သူ၏အမည် _____

(ခ) အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

(ဂ) ၎င်း၏အဘအမည် _____

(ဃ) အလုပ်သမားနှင့် တော်စပ်ပုံ _____

(င) အသက် _____

(စ) လွှဲပြောင်းမည့်အမျိုးအစား _____

(ဆ) လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ နေရပ်လိပ်စာ _____

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များ မှန်ကန်ပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် _____

ဦး/ဒေါ် _____

အလုပ်သမားလက်မှတ် _____

ရက်စွဲ _____

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ခွင်မှ မကျန်းမမာဖြစ်၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူမဟုတ်ကြောင်းနှင့် စုပေါင်း အသက်အာမခံထားရှိကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်)

အလုပ်ရှင်လက်မှတ် _____

အလုပ်ရှင်အမည် _____

ရက်စွဲ _____