

ကြိုတင်ထုတ်ယူနိုင်သောကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့်များအတွက်

အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏ထွက်ဆိုချက်

Claimant's Statement of Accelerated Health Benefit

အာမခံအကြံပေး၏အမည် / Name of Insurance Advisor: _____

အာမခံအကြံပေး၏ဖုန်းနံပါတ် / Insurance Advisor Phone Number: _____

- ကျေးဇူးပြု၍တောင်းဆိုမှုပုံစံကိုအင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့်ဖြည့်စွက်ပါ။BLOCK(စာလုံးကြီးဖြင့်)အကွရာများဖြင့်ဖြည့်ပြီးသင့်တော်သော အကွက်(များ)တွင် 'အမှတ်ခြစ်'ပါ။
Please complete this claim form in BLOCK letters and put a 'tick' in the appropriate box(es).
- ပြင်ဆင်ချက်မှန်သမျှကိုတောင်းဆိုသူကအပြည့်အဝလက်မှတ်ထိုးရမည်။
Any amendments must be endorsed by the claimant in full signature.
- နောက်ထပ်နေရာများလိုအပ်ပါကကျေးဇူးပြု၍ထပ်ဆင့်အချက်အလက်အတွက်တောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်ပါသောစာရွက်ပေါ်တွင်သာ သုံးပါ။
If more space is needed, please use the plain paper with claimant's signature for additional information
- ဤထွက်ဆိုချက်တွင်ပါရှိသောမည်သည့်အချက်အလက်အတွက်မဆိုပိုမိုရှင်းလင်းစေရန်အတွက် Manulife မှ ထပ်မံမေးမြန်းခွင့်ရှိ သည်။
Manulife reserves the right to seek further clarification on any information provided in this form.

တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်မည့်ပေါ်လစီများ / Policy number(s) which claim is being made

ပေါ်လစီနံပါတ်(များ)/ Policy Number(s)

1. အသက်အာမခံထားရှိသူ၏ အချက်အလက်/ Information of Insured

အမည်အပြည့်အစုံ(မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့တွင်ပါရှိသည့်အတိုင်း) /
Full name: (Name as shown on identity
card/passport)

မြန်မာစာဖြင့်/In Myanmar:

.....

အင်္ဂလိပ်စာဖြင့်/ In English:

.....

ကျား/မ/Gender

☐ ကျား/ Male

☐ မ / Female

မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့/
Identity Card/ Passport/

.....

လူမျိုး/ Nationality:

.....

မွေးနေ့/ Date of Birth(DD/MM/YYYY)

.....

ဖုန်းနံပါတ်/ Contact number:

.....

လိပ်မူရန် လိပ်စာ(ပြည့်စုံစာရေးပါ။) / Correspondence address (Please provide full address):		
အလုပ်ရှင်၏အမည်/ Employer's name:	အလုပ်ရှင်၏ဖုန်းနံပါတ်/ Employer's Phone Number:	
အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ / Employer's Address:		
လက်ရှိအလုပ်တွင်နောက်ဆုံးလုပ်ခဲ့သောနေ့ကို ဖော်ပြပါ။ / Give date on which you last worked at your present regular occupation:(DD/MM/YYYY):/...../..... ပျမ်းမျှလစာ/ Average monthly salary: ☐ အချိန်ပြည့်/ Full Time ☐ အချိန်ပိုင်း/ Part Time	အလုပ်ပြန်ဝင်နေလျှင် ပြန်ဝင်သည့်နေ့ကိုဖော်ပြပါ/ If you have returned to work, give date of return: (DD/MM/YYYY):/...../..... ပျမ်းမျှလစာ / Average monthly salary: ☐ အချိန်ပြည့် / Full Time ☐ အချိန်ပိုင်း / Part Time	အလုပ်ပြန်မဝင်ရသေးလျှင် ပြန်ဝင်လိုသည့်နေ့ကို ဖော်ပြပါ။/ If you have not return to work, when do you expect:(DD/MM/YYYY):/...../..... ပျမ်းမျှလစာ / Average monthly salary: ☐ အချိန်ပြည့် / Full Time ☐ အချိန်ပိုင်း / Part Time

မှတ်ချက်/ Note:

- တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်ပြီးဆုံးပါက အကြောင်းကြားစာထုတ်ပြန်လိမ့်မည်။/
Notification will be issued upon full completion of the claim process.
- ဤပုံစံ သို့မဟုတ် အခြားတောင်းဆိုမှုပုံစံများကို တောင်းဆိုသူအဆင်ပြေချောမွေ့စေရန်အတွက် ကုမ္ပဏီအနေဖြင့် မည်သည့်တာဝန်ကိုမှ လျှောင်လွှဲပေးမည်မဟုတ်ပါ။ /
In furnishing this or other claims forms for the convenience of the claimant, the Company does not admit any liability or waive any of its right.

2.လျော်ကြေးအမျိုးအစား/ TYPES OF CLAIMS	
☐ ☐ ☐	ဆေးရုံတက်ခြင်း/ Hospitalization အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင် (ICU)/ Intensive Care Unit(ICU) နာတာရှည်ရောဂါတခု စတင်ခံစားရခြင်း/ New Diagnosis of a chronic disease

3. နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းအသေးစိတ်/ Details of Illness:		
1. နာမကျန်းစဖြစ်သည့်နေ့/ Date of Illness first commenced: (DD/MM/YYYY)	4.ဆရာဝန်မှ ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့/Date of diagnosis by attending physician: (DD/MM/YYYY)	
2. ကုသမှုစတင်ခံယူသည့်နေ့/Date of first treatment (DD/MM/YYYY)	5. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏အမည်/Name of attending physician:	
3. ရောဂါအမည်/Diagnosis	6.ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏လိပ်စာ/Address of attending physician:	
ဆေးရုံတက်ခြင်းဆိုင်ရာအသေးစိတ်/Hospitalization Details		
ဆေးရုံတက်သည့်နေ့/Date of Admission	ဆေးရုံဆင်းသည့်နေ့ /Date of Discharge	ရက်ပေါင်း/ Numbers of Days
အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင် (ICU)/ Intensive Care Unit(ICU)		
အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်တက်ရောက်သည့်နေ့ / Date of Admission	အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်မှဆင်းသည့်နေ့ /Date of Discharge	အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်တက်ရသည့်ရက်ပေါင်း/ Numbers of Days
4. နာမကျန်းမဖြစ်မီ အခြေအနေတို့ကို ဖော်ပြပါ။ (လိုအပ်ပါက)/ Please describe in detail the conditions and situation before getting the diagnosis until illness. (if applicable).		
.....		

လက်ရှိကုသမှုခံယူနေသည့် ဆရာဝန်၏ အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် (အကယ်၍ အထက်၌ဖော်ပြခဲ့သောဆရာဝန်မဟုတ်ခဲ့လျှင်)/

Name, address & phone number of the present attending physician (If other than physician mention above)

ဆရာဝန်၏ အမည်၊ /Name of doctor	လိပ်စာ/Address	ဖုန်းနံပါတ်/Contact Number	ရက်စွဲ /Date

ဤရောဂါကြောင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားအကြောင်းကြောင့်ဖြစ်စေ အခြားဆရာဝန်နှင့် ပြသခဲ့ဖူးခြင်း ရှိပါသလား

☐ ခု/Yes

☐ မရှိ/No

Have you consulted any other doctor because of your present illness or for any other reason during the last two years?

ဆရာဝန်အမည်/ Name of doctor	လိပ်စာ/Address	ဖုန်းနံပါတ်/ Contact Number	ရက်စွဲ /Date	အကြောင်းရင်း/Reasons

အခြားကုမ္ပဏီများ သို့မဟုတ် အခြားအလုပ်သမားလျော်ကြေးများတွင် အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုရန် ရှိပါသလား/ ☐ ခု/Yes ☐ မရှိ/No

Has or will a Claim be filed with any other insurance company, Workmen's Compensation, etc? ရှိခဲ့လျှင်

ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide details

ကုမ္ပဏီ/ Company Name	ပေါ်လစီနံပါတ်/ Policy number	ထုတ်ပေးသည့်နေ့/ Issue Date	ဝင်ငွေအကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏ/ Amount of income benefit	အပတ်စဉ်/လစဉ်/နှစ်စဉ်/ Weekly/Monthly/Yearly

5. ငွေရယူမည့်နည်းလမ်း/ Payment Instructions	6. ပရီမီယံလျှော့ငွေပေးခြင်း/ Waiver of Premium
☐ ချက်လက်မှတ်/ Cheque ☐ အာမခံအကြံပေးမှထုတ်ယူပေးမည်/ Pick up by my insurance advisor ☐ ကိုယ်တိုင်ထုတ်ယူမည်/ Pick up by my self ☐ တောင်းဆိုသူရုံးတွင်လာရောက်ထုတ်ယူခြင်း / Claimant pick up at Office ☐ ဘဏ် / Bank Transfer ☐ ဘဏ်အမည်----- ☐ ဘဏ်အကောင့်နံပါတ် ----- ☐ ဘဏ်အကောင့်ပိုင်ရှင်အမည် -----	☐ ပရီမီယံကွင်းလွတ်ခွင့်/ Waiver of Premium

7. ကြေငြာချက်နှင့် အခွင့်အာဏာလွှဲအပ်ခြင်း/ Declaration and Authorization

ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါသတင်းအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်သိသမျှအကောင်းဆုံးနှင့်ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည့်ဟု ကြေညာပါသည်။
ကျွန်ုပ်သည်အသက်အာမခံထားသူအား တာဝန်ယူကုသပေးခဲ့သော မည်သည့်ဆရာဝန်ဖြစ်စေ၊ ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်စေ၊ ဆေးရုံဖြစ်စေ၊ အာမခံကုမ္ပဏီနှင့်
အခြားဌာနတစ်ခုခုဖြစ်စေတို့မှ အသက်အာမခံထားသူ၏ နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်း၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုတို့ကို
Manulife Myanmar အားပေးအပ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

I hereby declare that the information in this form, are full and true to the best of my knowledge. I also authorize any physician and other persons who has attended the life insured and any hospital, insurance company, organization and other institution to furnish Manulife Myanmar, all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment regarding the deceased.

လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့စွဲ /
Signed at Date (DD/MM/YYYY)

လျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်/
Signature of Claimant

ပေါ်လစီပိုင်ရှင်လက်မှတ်
(အသက်အာမခံထားရှိသူနှင့် မတူလျှင်)/
Signature of Policyowner
(if not the same with Life insured)

မှတ်ချက်။

- လစ်ဟာမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးနိုင်သည့်အတွက် ဤပုံစံကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းရှိမရှိ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာစစ်ဆေးပါ။
- တောင်းဆိုမှုများစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ရုံးခန်း သို့ သင်၏အာမခံကိုယ်စားလှယ်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် စာတိုက်မှတင်ပို့နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်ပို့မည် ဆိုပါက မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများဖြင့် မတင်သွင်းပါနှင့်။
- အထက်ပါ လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် လူကြီးမင်း၏တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပြီးရလဒ်ကို ဖြစ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံး အကြောင်းကြားပါမည်။ သို့သော် အချို့သောအခြေအနေများတွင် အထက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကိုရရှိပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့နောက်ထပ်အချက်အလက်များလိုအပ်နိုင်ပါသေးသည်။ သင်၏အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုသို့ ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၁၀၀ သို့ဆက်သွယ်ပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် သင်၏ကိုယ်စား တောင်းဆိုမှုဖြစ်စဉ်ကို ကိုင်တွယ်ရန် အခြားပါတီတစ်ခုကို အသုံးပြုပါက ခွင့်ပြုစာလိုအပ်သည်။
- အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သက်၍ စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက သင့်အာမခံအကြံပေး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service ဖုန်းနံပါတ် ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၁၀၀ သို့ဆက်သွယ်ပေးပါ။

Notes:

- Please check that this form has been fully completed as any omission may delay the claim process.
- All claims documents may be submitted at our office, through your Representative or by post. If you are submitting the documents by post, please do not submit originals.
- Upon receipt of all the above required documents, we will process your claim and inform you of the outcome as soon as possible. However, in certain circumstances, we may require further information after the above documents are received.
- If you are asking another party to handle the claim process on your behalf, an authorization letter is required.
- For any enquiry regarding the claim, please contact our Customer Service Phone Number 09 765467100 or your Manulife Insurance Advisor.

Manulife Myanmar Life Insurance Company Limited