

ပြင်းထန်ရောဂါအကာကွယ်အတွက်အာမခံလျှော့ကြေးတောင်းဆိုသူ၏ထွက်ဆိုချက်
Claimant's statement of Critical Illness Care

အာမခံအကြံပေး၏အမည် / Name of Insurance Advisor: _____

အာမခံအကြံပေး၏ဖုန်းနံပါတ် / Insurance Advisor Phone Number: _____

- ကျေးဇူးပြု၍ ဤတောင်းဆိုမှုပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါက BLOCK(စာလုံးကြီးဖြင့်) အက္ခရာများဖြင့်ဖြည့်ပြီးသင့်တော်သောအကွက် (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.
- နောက်ထပ်နေရာများလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆင့်အချက်အလက်အတွက်တောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်ပါသောစာရွက်ပေါ်တွင်သာသုံးပါ။
If more space is needed, please use the plain paper with claimant's signature for additional information
- ဤထွက်ဆိုချက်တွင်ပါရှိသော မည်သည့်အချက်အလက်အတွက်မဆို ပိုမိုရှင်းလင်းစေရန်အတွက် Manulife မှ ထပ်မံမေးမြန်းခွင့်ရှိသည်။
Manulife reserves the right to seek further clarification on any information provided in this form.

တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်မည့်ပေါ်လစီ(များ) / Policy number(s) which claim is being made		
ပေါ်လစီနံပါတ်(များ) / Policy Number(s)		
1. အသက်အာမခံထားရှိသူ၏ အချက်အလက် / Information of Insured		
အမည်အပြည့်အစုံ(မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့တွင် ပါရှိသည့်အတိုင်း) / 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:
လိပ်စာရန် လိပ်စာ(ပြည့်စုံစာရေးပါ။) / Correspondence address (Please provide full address):		

အလုပ်အကိုင် / Occupation:		တာဝန်အပြည့်အစုံဖော်ပြပါ / Describe your duties fully:	
အလုပ်ရှင်၏အမည် / Employer's name:		အလုပ်ရှင်၏ဖုန်းနံပါတ် / Employer's Phone Number:	
အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ / Employer's Address:			
လက်ရှိအလုပ်တွင်နောက်ဆုံးလုပ်ကိုင်ခဲ့သောနေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / 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	အလုပ်ပြန်ဝင်နေ့လျှင် 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 ပြန်ဝင်လိုသည့်နေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / 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:

- တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်ပြီးဆုံးပြီးပါက အကြောင်းကြားစာထုတ်ပြန်လိမ့်မည်။ /
Notification will be issued upon full completion of the claim process.
- ဤပုံစံ သို့မဟုတ် အခြားတောင်းဆိုမှုများပုံစံများကို တောင်းဆိုသူအဆင်ပြေချောမွေ့စေရန်အတွက် ကုမ္ပဏီအနေဖြင့် မည်သည့်တာဝန်ကိုမှ လျှော့ငဲ့လွှဲပေးမည်မဟုတ်ပါ။ /
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. ပြင်းထန်ရောဂါ အချက်အလက်များ / Information about critical illness	
ဆရာဝန်မှ ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of diagnosis by attending physician: (DD/MM/YYYY)	☐ ရောဂါအမည် / Diagnosis: ☐ ရောဂါ၏ပြင်းထန်မှုအဆင့် / Stage of illness: ☐ အခြား / Others
နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းအသေးစိတ် / Details of illness: 1. / / (DD/MM/YYYY) နာမကျန်းစဖြစ်သည့်နေ့ / Date of illness first commenced: 2. / / (DD/MM/YYYY) ကုသမှုစတင်ခံယူသည့်နေ့ / Date of first treatment:	

3. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏အမည် / Name of attending physician:

.....

4. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏လိပ်စာ / Address of attending physician:

.....

3. နာမကျန်းဖြစ် မဖြစ်မီ အခြေအနေတို့ ကို ဖော်ပြပါ။ (လုံအပ်ပါက)/

Please describe in detail of 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)

ဆရာဝန်အမည်/Name of doctor	လိပ်စာ/Address	ဖုန်းနံပါတ်/Contact Number	နေ့စွဲ/Date

ဤရောဂါကြောင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားအကြောင်းကြောင့်ဖြစ်စေ အခြားဆရာဝန်နှင့် ပြသခဲ့ဖူးခြင်း ရှိပါသလား? /

☐ ရှိ/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	နေ့စွဲ/Date	အကြောင်းအရင်း/Reasons

အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားလျော်ကြေးများတွင်လည်း အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုရန် ရှိပါသလား? /

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

☐ ရှိ/Yes

☐ မရှိ/No

ရှိခဲ့လျှင် ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide details

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

4. လျော်ကြေးငွေရယူမည့် နည်းလမ်း / Payment Instructions	5. ပရီမီယံလျှော့ငွေပေးခြင်း / Waiver of Premium
☐ ချက်လက်မှတ် / Cheque ☐ အာမခံအကြံပေးမှထုတ်ယူပေးမည် / Pick up by my insurance advisor ☐ ကိုယ်တိုင်ထုတ်ယူမည် / Pick up by my self ☐ တောင်းဆိုသူ ရုံးတွင်လာရောက်ထုတ်ယူခြင်း / Claimant pick up at Office ☐ ဘဏ်လွှဲ / Bank Transfer	☐ ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် / Waiver of Premium

6. ကြေညာချက်နှင့် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ခြင်း / Declaration and Authorization
ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါသတင်းအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်သိသမျှအကောင်းဆုံးနှင့်ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည်ဟု ကြေညာပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အသက်အာမခံထားသူအား တာဝန်ယူကုသပေးခဲ့သော မည်သည့်ဆရာဝန်ဖြစ်စေ၊ ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်စေ၊ ဆေးရုံဖြစ်စေ၊ အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် အခြားအဖွဲ့အစည်း၊ အခြားဌာနတစ်ခုခုဖြစ်စေ တို့မှ 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 (အသက်အာမခံထားရှိသူနှင့်မတူလျှင်)/ Signature of Policyowner (if not the same with Life insured)

- မှတ်ချက်။
- လစ်ဟာမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးနိုင်သည့်အတွက် ဤပုံစံကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းရှိမရှိ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာစစ်ဆေးပေးပါ။
 - တောင်းဆိုမှုများစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ရုံးခန်း သို့ သင်၏ကိုယ်စားလှယ်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် စာတိုက်မှတင်ပို့နိုင်သည်။ အကယ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်ပို့မည် ဆိုပါက မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများဖြင့် မတင်သွင်းပါနှင့်။
 - အထက်ပါ လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် လူကြီးမင်း၏တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပြီးရလဒ်ကို ဖြစ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံးအကြောင်းကြားပါမည်။ သို့သော် အချို့သောအခြေအနေများတွင် အထက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကိုရရှိပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့ နောက်ထပ်သတင်းအချက်အလက်များလိုအပ်နိုင်ပါသေးသည်။ သင်အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုသို့ ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၁၀၀ သို့ဆက်သွယ်ပါ။
 - အကယ်၍ သင်သည် သင်၏ကိုယ်စား တောင်းဆိုမှုဖြစ်စဉ်ကိုကိုင်တွယ်ရန် အခြားပါတီတစ်ဦးကို အသုံးပြုပါက ခွင့်ပြုစာလိုအပ်သည်။
 - အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သက်၍ စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက သင့်အာမခံအကြံပေး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service ဖုန်းနံပါတ် ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၁၀၀ သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

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.