

သေဆုံးမှုအတွက် အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏ထွက်ဆိုချက်

Claimant's Statement of Death

အာမခံအကြံပေး၏အမည် / Name of Insurance Advisor: _____

အာမခံအကြံပေး၏ဖုန်းနံပါတ် / Insurance Advisor Phone Number: _____

- ဤပုံစံကိုမဖြည့်မီ လျော်ကြေးတောင်းဆိုမှု လိုအပ်ချက်များအောက်ရှိညွှန်ကြားချက်ကို (ဤတွင်ပူးတွဲပါ) ကျေးဇူးပြု၍ ရည်ညွှန်းပါ။
Please refer to the instruction under Claim Requirement (attached herewith) before completing this form.
- ကျေးဇူးပြု၍ ဤတောင်းဆိုမှုပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါက BLOCK(စာလုံးကြီးဖြင့်) အက္ခရာများဖြင့်ဖြည့်ပြီးသင့်တော်သောအတွက် (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၏လက်မှတ်ပါသောစရွက်ပေါ်တွင်သာသုံးပါ။
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.

1. လျော်ကြေးတောင်းဆိုမည့်ပေါ်လစီ(များ) / Policy Details to be Claimed	
ပေါ်လစီနံပါတ် / Policy Number(s):	
ပေါ်လစီပိုင်ရှင်အမည် / Name of Policy Owner	
အသက်အာမခံထားရှိသူအမည် / Name of Life Insured	
2. တောင်းဆိုသူအချက်အလက်များ / Claimant Details	
တောင်းဆိုသူအမည် / Name of claimant (In English)	
တောင်းဆိုသူအမည် / Name of claimant (မြန်မာစာဖြင့်)	
ကျား/မ /Gender:	
မွေးနေ့ / Date of Birth:	
လူမျိုး / Nationality	
မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့ နံပါတ် / NRC/Passport Number	
တောင်းဆိုသူ လိပ်စာ / Address of claimant	
တောင်းဆိုသူဖုန်းနံပါတ် /Claimant's Contact Number	

အသက်အာမခံထားရှိသူနှင့်တော်စပ်ပုံ / Relationship to the Life Insured:	<input type="checkbox"/> သား / Son <input type="checkbox"/> မိခင် / Mother <input type="checkbox"/> သမီး / Daughter <input type="checkbox"/> ဖခင် / Father <input type="checkbox"/> ဇနီး / Wife <input type="checkbox"/> အစ်ကို/ညီ/မောင် / Brother <input type="checkbox"/> ခင်ပွန်း / Husband <input type="checkbox"/> အစ်မ/ညီမ / Sister <input type="checkbox"/> အခြား / Others _____
အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် အသက် ၁၈ နှစ် ပြည့်ပြီးပါပြီလား? / Is the beneficiary 18 years of age or over? <input type="checkbox"/> ဟုတ် / Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ် / No အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက၊ မွေးနေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / If below 18, please give date of birth(DD/MM/YYYY)	

မှတ်ချက် / Note:

- တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်ပြီးဆုံးပြီးပါက အကြောင်းကြားစာထုတ်ပြန်လိမ့်မည်။ /
 Notification will be issued upon full completion of the claim process.
- ဤပုံစံ သို့မဟုတ် အခြားတောင်းဆိုမှုများပုံစံများကို တောင်းဆိုသူအဆင်ပြေချောမွေ့စေရန်အတွက် ကုမ္ပဏီအနေဖြင့် မည်သည့်တာဝန်ကိုမှ
 လျှော့လွှဲပေးမည်မဟုတ်ပါ။ /
 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.

3. အသက်အာမခံထားရှိသူ၏အချက်အလက်များ / Life Insured Details	
အသက်အာမခံထားရှိသူအမည် / Name of Life Insured(In English)	
အသက်အာမခံထားရှိသူအမည် / Name of Life Insured(မြန်မာစာဖြင့်)	
ကျား/မ /Gender:	
မွေးနေ့ / Date of Birth:	
လူမျိုး / Nationality	
မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့ နံပါတ် / NRC/Passport Number	
မသေဆုံးမီအလုပ်အကိုင် / Occupation before death	

အလုပ်/ကုမ္ပဏီ အမည်နှင့်လိပ်စာ / Name of Employer & Address	
မသေဆုံးမီနေထိုင်ခဲ့သော စာပေးစာယူလိပ်စာ၊ ကျေးဇူးပြု၍ ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပေးပါ။ / Correspondence address before death. Please provide full address)	
.....	

4. သေဆုံးမှုအချက်အလက်များ / Information of Death	
...../...../..... သေဆုံးသည့်နေ့ရက် / Date of Death(DD/MM/YYYY)	သေဆုံးရသည့်အကြောင်းအရင်း / Cause of Death: <input type="checkbox"/> နာမကျန်းဖြစ်ခြင်း / Illness ရောဂါအမည် / Diagnosis: <input type="checkbox"/> မတော်တဆဖြစ်ခြင်း / Accident မတော်တဆဖြစ်မှု၏သဘာဝ / Nature of Accident: <input type="checkbox"/> အခြား / Others.....
သေဆုံးသည့်နေရာ / Place of Death:	
အကယ်၍ သေဆုံးမှုသည် နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်ပါက၊ အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်ပေးပါ။ / If cause of death is a result of illness, please fill the below information: ၁၊ ရောဂါစတင်သိရှိခဲ့သည့်နေ့ / Date of illness first commenced (DD/MM/YYYY):/...../.....	
၂၊ ရောဂါစတင်ကုသခဲ့သည့်နေ့ / Date of first treatments (DD/MM/YYYY):/...../.....	
အကယ်၍ သေဆုံးမှုသည် မတော်တဆဖြစ်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ။ / If cause of death is a result of accident, please state: ၁၊ အချိန် / Atနာရီ(hr)/.....မိနစ်(min) ၂၊ ရောဂါစတင်ကုသခဲ့သည့်နေ့ <input type="checkbox"/> နေ့/AM <input type="checkbox"/> PM/ည ၂၊ မတော်တဆမှုဖြစ်ခဲ့သည့်နေရာ / Place of accident happened:	
ရင်ခွဲစစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား? / Was a post-Mortem or Autopsy carried out? <input type="checkbox"/> ဟုတ် / Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ် / No အကယ်၍ ပြုလုပ်ခဲ့ပါက ရင်ခွဲစစ်ဆေးခြင်းအစီအရင်ခံစာ မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) ကိုတစ်ပါတည်းတင်ပေးပါ။ If "yes", please submit a certified true copy of the report	

5. မတော်တဆဖြစ်မှု မဖြစ်ပွားမီ သို့မဟုတ် သေဆုံးသည်အထိရောဂါမပြမီ အခြေအနေနှင့်ကိစ္စရပ်များကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

Please describe in detail of the conditions and situation before accident happened or before getting the diagnosis until death.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information

အသက်အာမခံထားရှိသူကို လွန်ခဲ့သော ၃ နှစ်အတွင်း တာဝန်ယူကုသပေးခဲ့သော ဆရာဝန်များ၏ အမည်များ /
Names of doctors who attended the life insured in the past 3 years

ဆရာဝန်အမည် / Name of Doctor	လိပ်စာ / Address	ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း / Contact Number	အကြောင်းအရာ / Reason	နေ့ရက် / Date

အသက်အာမခံထားရှိသူကို လွန်ခဲ့သော ၃ နှစ်အတွင်း သွားရောက်ကုသခဲ့သော ဆေးရုံဆေးခန်းများ /
Name and address of hospitals/clinics where the life insured was treated in the past 3 years:

အမည်နှင့် လိပ်စာ / Name and Address	ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း / Contact Number	အကြောင်းအရာ / Reason	နေ့ရက် / Date

အသက်အာမခံထားရှိသူသည် အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အသက်အာမခံပေါ်လစီများထားရှိပါသလား။ /
Has the life insured had life insurance policy with other insurance company?

ရှိ / Yes မရှိ / No

ရှိလျှင်အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide detail

အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည် / Name of Insurance Company	အာမခံ အစီအစဉ် / Insurance Plan	လျော်ကြေးငွေပမာဏ / Benefit Amount

7. လျော်ကြေးငွေရယူမည့် နည်းလမ်း / Payment Instructions		8. ပရီမီယံလျှော့လွှဲပေးခြင်း / Waiver of Premium	
<input type="checkbox"/> ချက်လက်မှတ် / Cheque <ul style="list-style-type: none"> ○ အာမခံအကြံပေးမှထုတ်ယူပေးမည် / Pick up by my insurance advisor ○ ကိုယ်တိုင်ထုတ်ယူမည် / Pick up by my self <input type="checkbox"/> တောင်းဆိုသူ ရုံးတွင်လာရောက်ထုတ်ယူခြင်း / Claimant pick up at Office <input type="checkbox"/> ဘဏ်လွှဲ / Bank Transfer	<input type="checkbox"/> ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် / Waiver of Premium		
9. အခွင့်အာဏာပေးအပ်ခြင်းနှင့် ကြေညာခြင်း / Declaration and Authorization			
<p>ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါသတင်းအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်သိသမျှအကောင်းဆုံးနှင့်ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည်ဟု ကြေညာပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အသက်အာမခံထားသူအား တာဝန်ယူကုသပေးခဲ့သော မည့်သည့်ဆရာဝန်ဖြစ်စေ၊ ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်စေ၊ ဆေးရုံဖြစ်စေ၊ အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် အခြားအဖွဲ့အစည်း၊ အခြားဌာနတစ်ခုခုဖြစ်စေ တို့မှ အသက်အာမခံထားသူ၏ နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်း၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုတို့ကို Manulife Myanmar အားပေးအပ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ /</p> <p>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.</p>			
..... တောင်းဆိုသူ အမည် / Name of Claimant/...../..... နေ့ရက် / Date (DD/MM/YYYY) တောင်းဆိုသူလက်မှတ် / Signature of Claimant	
..... သက်သေအမည် / Name of Witness/...../..... နေ့ရက် / Date (DD/MM/YYYY) သက်သေလက်မှတ် / Signature of Witness	

လိုအပ်ချက်များ / Claims Requirements

တောင်းဆိုသူရှင်

လူကြီးမင်း၏ ဆုံးရှုံးမှုအတွက် မိသားစုနှင့်ထပ်တူဝမ်းနည်းရပါတယ်ရှင်။ တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်ကို ဆက်လက်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါတို့ကို ပေးပို့ပေးရန် လိုအပ်ပါတယ်ရှင်။

Dear Claimant

We are sorry to learn of the death of the Life Insured. In order for us to process the claim, we require the following:

1. ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသော အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုအကြောင်းကြားခြင်းလျှောက်လွှာ
Completed Claims Notification Form
2. ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသော သေဆုံးမှုအတွက် အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏ကြေညာချက်
Completed Claimant's Statement of Death (to be completed by claimant)
3. သေဆုံးမှုအတွက်တာဝန်ကျဆရာဝန်၏ကြေညာချက်
Attending Physician Statement for Death Claim
4. သေစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု)
Certified True Copy of Death Certificate
5. အသက်အာမခံထားရှိသူ၏ မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့မိတ္တူ သို့မဟုတ် ပေါ်လစီပိုင်ရှင်၏မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့မိတ္တူ
Copy of the Owner and/or Life Insured's (if different from Owner) NRIC/Passport
6. တောင်းဆိုသူ၏မှတ်ပုံတင် / မွေးစာရင်း / ပတ်စ်ပို့ မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု)
Certified True Copy of the Claimants' NRIC(s), Birth Certificate(s), Passport(s)
7. အကျိုးခံစားခွင့်ပိုင်ရှင် ကြေညာချက် (အကယ်၍ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် လူပုဂ္ဂိုလ်မဟုတ်လျှင် ဥပမာ - အဖွဲ့အစည်း၊ အသင်းအဖွဲ့ စသည်ဖြင့်)
Declaration of Beneficial Ownership (if nominee is not a natural person e.g. Organization, society, etc.)
8. အသက်အာမခံထားရှိသူနှင့် တော်စပ်ပုံအထောက်အထား
Proof of relationship with Life Insured

တောင်းဆိုသူမှာအောက်ပါတို့ ဖြစ်ခဲ့လျှင် / If Claimant is	လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများ / Document(s) required
ဇနီး/ခင်ပွန်း / Spouse	လက်ထပ်စာချုပ်မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) Certified true copy of Marriage Certificate
သားသမီး / Child	မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) Certified true copy of Birth Certificate
မိဘ / Parent	သေဆုံးသူ၏ မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) တောင်းဆိုသူ၏ မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) အိမ်ထောင်စုစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) Certified true copy of Deceased's Birth Certificate Certified true copy of Claimant's Birth Certificate Certified true copy of census (household list)

မောင်နှမ / Sibling	သေဆုံးသူ၏ မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) တောင်းဆိုသူ၏ မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) တောင်းဆိုသူ၏ မိဘများ မွေးစာရင်းမိတ္တူ တောင်းဆိုသူ၏ မွေးစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) အိမ်ထောင်စုစာရင်းမိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု) Certified true copy of Deceased's Birth Certificate Certified true copy of Claimant's Birth Certificate Certified true copy of Claimant's Parent's Birth Certificate Certified true copy of census (household list)
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

လစ်ဟာမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးနိုင်သည့်အတွက် ဤပုံစံကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းရှိမရှိ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာစစ်ဆေးပေးပါ။

အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သတ်၍ စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက သင့်အာမခံအကြံပေး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service ဖုန်းနံပါတ် ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၁၀၀ သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။/

Please check that this form has been fully completed as any omission may delay the claim process.
 For any enquiry regarding the claim, please contact our Customer Service Phone Number 09 765467100 or your Manulife Insurance Advisor.

မတော်တဆ/သာမန်မဟုတ်သော သို့မဟုတ် နိုင်ငံရပ်ခြားတွင်သေဆုံးမှုအတွက် ထပ်မံလိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများ /

Additional documents required for accidental/unnatural death or for death occurred overseas

- a) နိုင်ငံရပ်ခြားတွင်သေဆုံးသူအတွက် သေစာရင်းနှင့် ပတ်စပို့လက်ခံအတွက် အတည်ပြုနိုင်သော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အာဏာပိုင်၏ စာ။
 Letter from Immigration Authority for who died overseas, it confirms receipt of passport and overseas death certificate
- b) နိုင်ငံရပ်ခြားရှိ တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ ထွက်ဆိုချက် (နိုင်ငံရပ်ခြားတွင်သေဆုံးခြင်းအတွက်)
 Attending Physician Statement by last attending doctor (for overseas death)
- c) ရုပ်အလောင်းရွှေ့ပြောင်းခြင်းအစီအရင်ခံစာ (ရုပ်အလောင်းကို သင်္ဂြိုဟ်ရန် မြန်မာနိုင်ငံသို့ ပြန်လည်ရွှေ့ပြောင်းခဲ့လျှင်)
 Repatriation Report (if body was repatriated to Myanmar for cremation/burial)
- d) နိုင်ငံရပ်ခြား၌သင်္ဂြိုဟ်ထားသည့် အထောက်အထား မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု)
 Certified true copy of Burial/Cremation documents (for overseas death)
- e) နိုင်ငံရပ်ခြားရှိ ရဲစခန်းထောက်ခံချက်/သတင်းစာဖြတ်ပိုင်း (သေဆုံးခြင်းသည် မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင်)
 Copy of the Police Report/newspaper clipping (if any) if death was a result of accident/unnatural death
- f) ရင်ခွဲစစ်ဆေးခြင်း/အဆိပ်မိခြင်း အစီအရင်ခံစာ မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု)
 Certified true copy of the Post-Mortem/Toxicology Report (if any)
- g) မှုခင်းဆရာဝန်၏ စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုအစီအရင်ခံစာ မိတ္တူ (ရှေ့နေအသိမှတ်ပြု)
 Certified true copy of the Coroner's Inquiry Report (if any)

မှတ်ချက်။

- လစ်ဟာမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးနိုင်သည့်အတွက် ဤပုံစံကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းရှိမရှိ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာစစ်ဆေးပေးပါ။
- တောင်းဆိုမှုများစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ရုံးခန်းသို့ သင်၏ကိုယ်စားလှယ်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် စာတိုက်မှတစ်ဆင့်ပို့နိုင်သည်။ အကယ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်ပို့မည် ဆိုပါက မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများဖြင့် မတင်သွင်းပါနှင့်။

- အထက်ပါ လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် လူကြီးမင်း၏တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပြီးရလဒ်ကို ဖြစ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံးအကြောင်းကြားပါမည်။ သို့သော် အချို့သောအခြေအနေများတွင် အထက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကိုရရှိပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့ နောက်ထပ်သတင်းအချက်အလက်များလိုအပ်နိုင်ပါသေးသည်။ သင်အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုသို့ ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၀၀ သို့ဆက်သွယ်ပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် သင်၏ကိုယ်စား တောင်းဆိုမှုဖြစ်စဉ်ကိုကိုင်တွယ်ရန် အခြားပါတီတစ်ခုကို အသုံးပြုပါက ခွင့်ပြုစာလိုအပ်သည်။
- အမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သတ်၍ စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက သင့်အမခံအကြံပေး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service ဖုန်းနံပါတ် ၀၉ ၇၆၅၄၆၇၀၀ 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.