

ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းလွှာ (PERSONAL INSURANCE CLAIM FORM)

အသိပေးကြေညာချက် (Important Information)

- 1. ပေါ်လစီနှင့် အာမခံထားသူ အချက်အလက်များကို တိကျစွာဖြည့်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။
2. အပိုင်း (၂) ၏ အောက်တွင်ဖော်ပြပါရှိသော အပိုင်း (၂.၁) ကို သေဆုံးခြင်းအတွက် တောင်းခံခြင်းဖြစ်မှသာ ဖြည့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။
3. မိမိပိုင်ဆိုင်သော အာမခံပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် ပါဝင်ပါက အပိုင်း(၂) မှ "ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့်" အကွက်တွင် အမှတ်ခြစ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။
4. သင့်အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုခြင်း နှောင့်နှေးမှုမရှိစေရန် အပိုင်း(၄) တွင် ဖော်ပြထားသော လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများနှင့် အခြားစပ်ဆက်မှုရှိသော စာရွက်စာတမ်းများကို ဤတောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲတင်ပြပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။

အပိုင်း (၁) - ပေါ်လစီ နှင့် အာမခံထားသူ အချက်အလက် (Policy and Insured Details)

ပေါ်လစီ အမှတ် (Policy Number)
အာမခံထားသူ အမည် (Insured's Name)
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/ Passport No.
မွေးနေ့ (Date of Birth) dd/mm/yyyy ကျား/မ (Gender)
နိုင်ငံသား (Nationality)

Chubb Life Insurance Myanmar Limited ("CLIM") တွင်ဝယ်ယူထားသော အခြား အာမခံ ပေါ်လစီများရှိပါက ဖော်ပြရန်
ပေါ်လစီအမှတ် (other policies at CLIM) (1) (2) (3)

အခြား အာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားခြင်းရှိပါသလား (other policies at other insurers) Yes No
(ရှိပါက ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် ပေါ်လစီအမှတ်အား ဖော်ပြပါ) (if yes, name of insurer and policy number)

အာမခံကုမ္ပဏီသို့ ကနဦး အကြောင်းကြားသည့်နေ့ (date of first notification) dd/mm/yyyy

အပိုင်း (၂) - တောင်းခံရသည့် အကြောင်းအရင်း အသေးစိတ် (Details of Claims Event)

မည်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် ဖြစ်ပါသနည်း
What are you claiming for?
[ ] သေဆုံး (Death) [ ] မသန်စွမ်း (Disability) [ ] ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် (Waiver of Premium)
[ ] ပြင်းထန်သောရောဂါ (Critical Illness) [ ] ထိခိုက်မှု (Injury) [ ] ဆေးရုံတက် ကုသမှု (Hospital Cash)
[ ] ခွဲစိတ်ကုသမှု (Surgery) [ ] ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း (Miscarriage)
[ ] ဆေးခန်း/ပြင်ပလူနာဌာန ပြသမှု (OPD Visit)

ဖြစ်ပွားရသည့် အကြောင်းအရင်း [ ] မတော်တဆ (Accident) [ ] ရောဂါ (Illness) [ ] မိမိကိုမိမိထိခိုက်စေမှု/သတ်သေမှု (Self injured/Suicide)
cause of claim event

ဖြစ်ပွားခဲ့သည့် နိုင်ငံနှင့် လိပ်စာ (Country and Place of Event)

(ထိခိုက်မှုဖြစ်ခြင်း၊ မတော်တဆဖြစ်ခြင်းအတွက် လိပ်စာအတိအကျဖော်ပြပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။)(Please state exact location for Accident and Injury Claims)

**အပိုင်း (၂၂က) - တောင်းခံရသည့်အကြောင်းအရင်းသည် သေဆုံးမှုဖြစ်မှသာ ဖြည့်ရန် (For Death Claims Only)**

သေဆုံးသည့် ရက်စွဲ dd / mm / yyyy      သေဆုံးစေသည့်အကြောင်းအရာ \_\_\_\_\_  
 (Date of Death)      (Cause of Death)

ဆေးရုံတွင်သေဆုံးခဲ့လျှင် ဆေးရုံအမည် \_\_\_\_\_  
 (Name of hospital if death occurred in hospital)

သေဆုံးကြောင်း အတည်ပြုပေးသည့် ဆရာဝန်၏ အချက်အလက် (Details of the doctor who certified death)  
 ဆရာဝန်အမည် (Name) \_\_\_\_\_ ဆေးကုသခွင့် မှတ်ပုံတင်အမှတ်(SAMA) \_\_\_\_\_  
 လိပ်စာ (Address) \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ် (Phone) \_\_\_\_\_

သေဆုံးသူ၏ခန္ဓာကိုယ် ပြန်လည်ရရှိပါသလား (Was the body recovered?)       Yes       No  
 ရင်ခွဲစစ်ဆေးခြင်း ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား (Was an autopsy done?)       Yes       No  
 နိုင်ငံခြားတွင် သေဆုံးခြင်း ဖြစ်ပါသလား (Did the death occur overseas?)       Yes       No

**YES ဟုရွေးချယ်ပါက အသေးစိတ်ဖြည့်ရန် (If YES, give details)**  
 အမိနိုင်ငံမှ ထွက်ခွာသည့်နေ့စွဲ (Date of leaving domicile country) dd / mm / yyyy  
 သေဆုံးသူကို နိုင်ငံခြားတွင်မီးသင်္ဂြိုဟ်(သို့)မြေမြှုပ်သင်္ဂြိုဟ်ခဲ့ပါသလား (Cremated/buried overseas?)  Yes       No

**အပိုင်း (၂၂ခ) - အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှုအား ဖြစ်စေခဲ့သည့် ထိခိုက်မှု /မတော်တဆမှု (သို့) နာမကျန်းမှုတို့၏ အကြောင်းအရင်းအသေးစိတ်အား ဖြည့်ရန်။ (Details of injury/accident/illness that caused the claim event)**

မည့်သည့် မတော်တဆ (သို့) နာမကျန်းဖြစ်ပါသနည်း? (What is the illness or accident?)  
 \_\_\_\_\_

မတော်တဆ(သို့) နာမကျန်းစတင် (သို့) ရောဂါဖြစ်ကြောင်းစတင်အတည်ပြုသည့် နေ့ရက် dd / mm / yyyy  
 (Date of accident or first diagnosis of illness)

မတော်တဆ ဖြစ်ပါက (If Accident),

ဖြစ်ပုံအသေးစိတ်မှာ (How exactly did it occur?) - \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ထိခိုက်ဒဏ်ရာအခြေအနေအား အသေးစိတ်ရှင်းပြရန် (Please describe details of injury)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ရဲလုပ်ငန်းဆိုင်ရာမှစုံစမ်းမေးမြန်းခဲ့ခြင်းရှိပါသလား (Police investigation?)  Yes       No

**YES ဟုဖြေဆိုပါက အသေးစိတ်ဖြည့်ရန် (If YES, give details)**  
 ရဲအရာရှိအမည် (Police officer name) \_\_\_\_\_  
 နယ်မြေရဲစခန်းအမည် (Police station name) \_\_\_\_\_

**အာမခံထားသူအား ကုသမှုပေးခဲ့သည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အချက်အလက်များဖြည့်ရန်။**  
**(Details of healthcare facility that treated the insured)**

အမည် (Name)			
လိပ်စာ (Address)			
ဖုန်းနံပါတ် (Phone)			
ဆရာဝန်အမည် (Doctor's Name)			
အတည်ပြုရောဂါ (Diagnosis)			
ပြုလုပ်ခဲ့သည့်ခွဲစိတ်မှု (Surgery/procedure)			
ဆေးရုံတက်သည့်နေ့ (Admission Date)	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
ဆေးရုံဆင်းသည့်နေ့ (Discharge Date)	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>

\* ပြင်ပလူနာပြသခဲ့ခြင်းဖြစ်ပါက ဆေးရုံတက်သည့်နေ့ နေရာတွင် ပြင်ပလူနာအဖြစ်ပြသခဲ့သည့်နေ့စွဲကို ဖြည့်ပြီး ဆေးရုံဆင်းသည့်နေ့ဖြည့်ရန်မလိုပါ။ (For OPD visit, please fill in OPD visit date at "Admission Date" and leave "Discharge Date" blank)

ထိုဖြစ်ရပ်မဖြစ်ပွားမီ ၂၄ နာရီအတွင်း အရက် (သို့) မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲခဲ့ခြင်းရှိပါသလား?  Yes  No

(use of alcohol or any drugs within 24 hours before event?)

ရှိပါက အမျိုးအမည် နှင့် ပမာဏ အသေးစိတ်ဖော်ပြရန် (If YES, type and quantity) \_\_\_\_\_

**အပိုင်း (၃) - အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ တစ်ဦးတည်း မဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်ရန်။**  
**(Details of claimant/beneficiary if different from insured)**

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုသူ အမည် (Name of Claimant) \_\_\_\_\_

နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/Passport No. \_\_\_\_\_

မွေးနေ့ (ရက်/လ/နှစ်)   /  /   ကျား/မ \_\_\_\_\_ နိုင်ငံသား \_\_\_\_\_  
 (Date of Birth) (Gender) (Nationality)

နေရပ်လိပ်စာ (Address) \_\_\_\_\_

ဖုန်းနံပါတ် (Phone) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Email Address - \_\_\_\_\_

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် အာမခံထားသူ၏ -  ခင်ပွန်း/ဇနီး  သား/သမီး  အခြား \_\_\_\_\_  
 (Relationship of claimant to insured) (spouse) (child) (other)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ လက်မှတ် (claimant's signature) \_\_\_\_\_

**အပိုင်း (၄) - ပူးတွဲတင်ပြရန်လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ (Documents to be attached)**

မည်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်းအတွက်မဆို (For all types of claim)

- ▣ ပြည့်စုံစွာနှင့် တိကျစွာဖြည့်ထားသည့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းလွှာ  
(Completely and accurately filled Personal Insurance Claims Form)
- ▣ ကျန်းမာရေးနှင့်အားကစားဝန်ကြီးဌာန (သို့) သက်ဆိုင်ရာ ဝန်ကြီးဌာန တွင် တရားဝင် မှတ်ပုံတင်ထားသည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် ပြသခဲ့သည့် ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း (Medical treatment record from hospital or clinic registered with Ministry of Health and Sport)
- ▣ ဘဏ်စာအုပ်မိတ္တူ (Copy of Bank Passbook)

အခြားလိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ (Additional documents)

**သေဆုံးခြင်း အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း (For death benefit)**

- ▣ သေဆုံးကြောင်း ဆရာဝန်ထောက်ခံစာ မူရင်း (သို့) ဆရာဝန်လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မိတ္တူမှန်  
(Original or certified true copy of death certificate)
- ▣ မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ပါက ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ  
(Police report from Township/Village Police if accident is involved)
- ▣ မူရင်းပေါ်လစီနှင့် ပေါ်လစီ၏စပ်ဆက် စာရွက်စာတမ်းများ (ရှိပါက)  
(Original policy and all appendices if any)

**ထာဝစဉ် မသန်မစွမ်း အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း (For total and permanent disability benefit)**

- ▣ ကုသမှုပေးခဲ့သော အထူးကုဆရာဝန်ထံမှ ထာဝစဉ် မသန်မစွမ်းဖြစ်ကြောင်း ထောက်ခံချက်  
(Testimonial of Total Permanent Disability from attending specialist physician)
- ▣ ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ  
(Police report from Township/Village Police if accident is involved)
- ▣ မူရင်းပေါ်လစီနှင့် ပေါ်လစီ၏စပ်ဆက် စာရွက်စာတမ်းများ (ရှိပါက)  
(Original policy and all appendices if any)

**ဆေးရုံတက်ခြင်းနှင့် ဆေးခန်းပြခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း (For hospital stay and OPD visit)**

- ▣ ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် ငွေပေးချေခဲ့သော ပြေစာ  
(Payment receipt from hospital or clinic)

**ပြင်းထန်သော ရောဂါဖြစ်ခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း (For critical illness insurance)**

- ▣ အာမခံထားသူအား ကုသမှုပေးခဲ့သည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းများမှ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း အပြည့်အစုံ  
(Complete medical treatment records from all hospitals/clinics that treated the insured)

**မတော်တဆ ဖြစ်ခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း (For Accident)**

- ▣ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ဖြစ်သွားသည့် ခန္ဓာကိုယ် အစိတ်အပိုင်း ဓါတ်ပုံ  
(Photo of effected area)
- ▣ ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ  
(Police report from Township/Village Police)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ လက်မှတ် (claimant's signature) \_\_\_\_\_

Chubb Life မှသင့်ခံစားခွင့်အား လက်ခံအတည်ပြုပြီးပါက ပိုက်ဆံအား ဘဏ်သို့တိုက်မည်ဖြစ်၍ အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။ (Please fill in bank information)

ဘဏ်အမည် (Bank Name) \_\_\_\_\_

ဘဏ်စာရင်းပိုင်ရှင် အမည် (Account Holder's Name) \_\_\_\_\_

ဘဏ်စာရင်းအမှတ် (Account Number) \_\_\_\_\_

**အပိုင်း (၅) - Chubb Life Insurance Myanmar Limited ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြေငြာချက် (Privacy statement, medical authority and declaration related to claim)**

**ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက် (Claim Privacy Statement)**

Chubb Life Insurance Myanmar Limited (“CLIM”) သည်သင်၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုများ ကို ကာကွယ်ရန် အစဉ်အားထုတ်လျက်ရှိပါသည်။ CLIMသည် သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပြည်ထောင်စုသမ္မတ မြန်မာနိုင်ငံတော် ဥပဒေနှင့် စည်းမျဉ်းများနှင့် CLIM မှချမှတ်ထားသော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာပေါ်လစီများနှင့်အညီ စုဆောင်းရန်၊ အသုံးပြုရန်နှင့်ကိုင်တွယ်ရန်သဘောတူပါသည်။ သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များကို CLIM သို့မဟုတ် CLIMမှ သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်လိုက်သော မည်သည့်တတိယပုဂ္ဂိုလ် / အဖွဲ့အစည်း မဆို သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံအဆိုပြုချက်များ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရပိုင်ခွင့်များကို အကဲဖြတ်ရန် နှင့် အကယ်၍ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံချက်ကို လက်ခံပြီးပါက၊ အကျိုးခံစားခွင့်များကို စီမံခန့်ခွဲရန် နှင့် အာမခံဝန်ဆောင်မှုအမျိုးအစားများ တီထွင်ခြင်း နှင့် သုတေသန ပြုလုပ်ခြင်း စသည်တို့အတွက် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာသတင်းအချက်အလက်များတွင် - (က)သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုချက်နှင့် သက်ဆိုင်သော မည်သည့်သတင်းအချက်အလက်မဆို၊ (ခ)ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ထိခိုက်လွယ်သော သတင်းအချက်အလက်များ ဖြစ်သော သင်၏ကျန်းမာရေးဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း၊ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်၊ သင်လက်ခံရရှိခဲ့သည့်ကုသမှု၊ သင်ပိုင်ဆိုင်သော (သို့) နှိပ်နေရသော ဆေးဝါးများ၊ သင်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံမှုရာဇဝင် နှင့် အခြားသောသတင်းအချက်အလက်များ၊ (ဂ) သင် CLIM သို့မဟုတ်ငွေ၏တတိယအဖွဲ့အစည်း ကန်ထရိုက်တာများ ထံပေးသောအခြားကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များ၊ (ဃ) အကျိုးခံစားခွင့်နှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ၊ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခဲ့သည့် မှတ်တမ်းအစရှိသည်တို့အပါအဝင် အာမခံပေါ်လစီများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် သတင်းအချက်အလက်များ၊ (င) ရာထူး၊ အလုပ်အကိုင်ကာလ၊ လုပ်ခ၊ အလုပ်ချိန်နှင့် အလုပ်တာဝန်များအပါအဝင် သင်၏အလုပ်အကိုင်အသေးစိတ် (စ) သင်၏ ဝင်ငွေ၊ ပိုင်ဆိုင်မှု၊ ကြွေးမီတာဝန်တင်ရှိမှု နှင့် ကြွေးမီပေးဆပ်နိုင်မှုနှင့်ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်၊ (ဆ) သင်၏ အကျိုးခံစားထိုက်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အား ဆက်လက် ရပိုင်ခွင့် နှင့် သက်ဆိုင်သော သတင်းအချက်အလက်များသိရှိသူ တတိယပုဂ္ဂိုလ် (သို့) အဖွဲ့အစည်းမှ သတင်းအချက်အလက်များ အစရှိသည်တို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ CLIM သည် တတိယပုဂ္ဂိုလ်များ ဖြစ်ကြသော သင်၏ အာမခံပုံစံ၊ အကျိုးခံစားခွင့် ရည်ညွှန်းဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများ၊ အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများ (ဥပမာ၊ အခွန်ရုံးများ၊ လူမှုဖူလုံရေး ဌာန)၊ သင်၏ဆရာဝန် (သို့) သင့်အားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ CLIM ၏ မှုခင်းစာရင်းကိုင် (သို့) စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူး၊ သင့်အလုပ်ရှင်များ (ယခင် နှင့် ယခု)၊ သင့်စာရင်းကိုင်၊ သင့်စီးပွားရေး နှင့် ပတ်သက်ပြီး သတင်းအချက်အလက်ရယူနိုင်သော လုပ်ငန်းများ (သို့) သင်ဒေဝါလီခံခဲ့ဖူးပါက သင့်ပိုင်ဆိုင်မှုများကို ယုံမှတ်လွှဲအပ်ခံရသူနှင့်ပတ်သက်ပြီး သတင်းအချက်အလက် ပေးနိုင်သော လုပ်ငန်း အဖွဲ့အစည်းများ ထံမှ သင့်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ရယူရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

CLIM သည်ကျန်းမာရေးနှင့် ထိခိုက်လွယ်သော သတင်းအချက်အလက်များအပါအဝင် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို Chubb Group of Companies အောက်ရှိကုမ္ပဏီများ၊ အခြားအာမခံသူများ၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ပြန်လည်အာမခံသူများ၊ CLIM (သို့) Chubb Group of Companies အောက်ရှိအခြား ကုမ္ပဏီများ အား ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော တတိယပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများသို့ ပေးအပ် ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ CLIM သည်သင်၏ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို တရားဥပဒေအရ လိုအပ်ပါက ရဲ့တပ်ဖွဲ့ အပါအဝင် အခြား အစိုးရ ဌာနများသို့လည်း ပေးအပ်ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက် နှင့် နောက်ဆက်တွဲပါ ကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြေငြာချက် ကို သဘောမတူပါက သို့မဟုတ် သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည် ရုတ်သိမ်းပါက CLIM သည်သင့်အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းကို လက်ခံဆောင်ရွက်နိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

သင်၏ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်မိတ္တူ တောင်းလိုပါက (သို့) သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်မွမ်းမံလိုပါက+959750066900 သို့မဟုတ် email [CustomerService.myanmarlife@chubb.com](mailto:CustomerService.myanmarlife@chubb.com) သို့ အီးမေးလ်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ (Chubb Life Insurance Myanmar Limited (“CLIM”) is committed to protecting your privacy. CLIM agrees to collect, use and handle your personal information in accordance with the relevant laws and regulations of the Republic of the Union of Myanmar and Privacy Policy adopted by CLIM. Your personal information will be used by CLIM, or any third party that CLIM provides the information to, for the purpose of assessing your claim or your entitlement to benefits and, if the claim is accepted, for administration of the claim and for planning, product development and research purposes. Your personal information may include: (a) any information provided in relation to your claim; (b) any information that is health information or sensitive information, including, without limitation, your medical history, any treatment received by you and any medication taken or prescribed for you (at any time) or your Health Insurance claims history; (c) any other personal information that you may provide to CLIM or its third party contractors; (d) any information relating to any insurance policy on your life, including terms and conditions and claims history; (e) details of your employment including position, period of employment, remuneration, hours worked and duties performed (at any time); and (f) any other information relating to your income, assets, liabilities and solvency; and (g) any information from third persons who may have information relevant to your eligibility to receive a benefit, or your entitlement to receive an ongoing benefit. Where applicable, to assess and process your claim CLIM may need to collect your personal information from third parties such as your insurance broker, claims reference services, government organizations (for example, social security agencies or taxation offices), your doctor or other health service provider, any forensic accountant or investigator retained by CLIM, your employers (past and present), your accountant and any businesses which provide information about the commercial activities of persons or, if you are, or have been, bankrupt the trustee of your estate (the “Parties”). CLIM may disclose your personal information, including health and sensitive information, to other entities under the Chubb Group of companies, other insurers, our reinsurers or third parties providing services to CLIM, who we, or those other CLIM Group entities, have engaged to provide a specific service. CLIM may also disclose your personal information to government agencies including the police (where we are compelled to by law). If you do not consent to the Claim Privacy Statement and Medical Authority or revoke your consent, CLIM may not be able to process or assess your claim. If you would like to access a copy of your personal information, or to correct or update your personal information, please contact our customer relations team on +959750066900 or email [CustomerService.myanmarlife@chubb.com](mailto:CustomerService.myanmarlife@chubb.com).)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ လက်မှတ် (claimant's signature) \_\_\_\_\_

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြေငြာချက် (Medical authority and declaration)

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM မှ မိမိ၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်း၍ စုံစမ်းစစ်ဆေးမေးမြန်းခြင်း နှင့် အကဲဖြတ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်းသော အထောက်အထားများလက်ခံခြင်းသည် CLIM ဘက်မှ တာဝန်တစ်စုံတစ်ရာလက်ခံသည်ဟု အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်မှုမရှိကြောင်း နှင့် အာမခံပေါ်လစီအရ ပေါ်ပေါက်လာသည့် ၎င်း၏ အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး ခုခံကာကွယ်တောင်းဆိုပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးအား စွန့်လွှတ်လိုက်သည်ဟု အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်မှုမရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM မှကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို CLIM မှ ချမှတ်ထားသော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာပေါ်လစီများ နှင့် ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားချက်များအတိုင်း အသုံးပြုခြင်း၊ ထုတ်ဖော်ခြင်းတို့ကို သဘောတူပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းများအကြား ကွဲလွဲအငြင်းပွားခြင်းဖြစ်ပါက ဤစာရွက်စာတမ်းသည် အတည်ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက် တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများ အပါအဝင် အခြား ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများကို CLIM ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးခံစားခွင့် ရပိုင်ခွင့် နှင့် တောင်းခံခြင်းတို့အတွက် လိုအပ်သည်ဟု သတ်မှတ်ထားသော ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအပါအဝင် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရန်အတွက် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မိမိ၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား စစ်ဆေးခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍ အကောင်းဆုံးကြိုးစားပြီး CLIM အားလိုအပ်သော အကူအညီပေးပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ပေးပို့သော သတင်းအချက်အလက်တို့သည် တိကျမှန်ကန်မှုရှိပြီး အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်လွှာ လက်ခံဆောင်ရွက်ခြင်းပေါ်တွင် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည့် မည်သည့် အချက်အလက်ကိုမဆို ထိခိုက်စွာ ထားခြင်းမရှိကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် သက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်အားလုံးကို မဖော်ပြပါက သို့မဟုတ် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်တို့သည် မှားယွင်းမှုရှိနေပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းကို ငြင်းပယ်ခြင်းခံရနိုင်သည်ကို သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM အား ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စား ဤစာရွက်စာတမ်းတွင်ဆောင်ရွက်ခွင့်ပေးထားသောဖော်ပြပါ ဆောင်ရွက်ချက်များကို လိုအပ်သလို အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ရန် နှင့် ဤကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ပြောခွင့်ပြုနိုင်ရန် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများအား သို့မဟုတ် ပြုလုပ်မှု တရပ်ရပ်အား ဆောင်ရွက်ရန် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

(I, the Claimant, understand that by investigating and assessing my claim or by accepting proof of my claim, CLIM has made no acceptance of liability, nor waived any of its rights in defense of any claim arising under the policy. I agree to CLIM using and disclosing my personal information pursuant to CLIM's Privacy Policy and this document. In the event of any conflict between the documents, this document will prevail. I authorize any person or entity, including but not limited to the Parties referred to under the Claim Privacy Statement, to provide to CLIM such personal information (including health information) as CLIM in its absolute discretion considers relevant for its assessment of my claim or my entitlement to benefits. I will use my best endeavors and render all reasonable assistance and co-operation to CLIM in the assessment of my claim. I confirm that any information that I supply will be true and correct and that I will not withhold any information likely to affect the acceptance or handling of my claim. I understand that my claim may be denied if the information supplied is untrue, or I have not revealed all relevant facts. I appoint CLIM to do everything necessary or expedient to give effect to the activities contemplated by the authorizations in this form and to execute, on my behalf, any documents or to do such acts required to give effect to this Medical Authority.)

ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ ကြိုတင်ရှင်းလင်းချက် (Disclaimer for policy benefit)

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်းအား ခွင့်ပြုလက်ခံပြီးပါက အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပေးပို့ထားသော ဘဏ်အကောင့်သို့တိုက်ရိုက်လွှဲပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ ဘဏ်အချက်အလက်များကို မှန်ကန်စွာ ဖြည့်စွက်ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူမှ မှားယွင်းပေးပို့ပါက CLIM မှတာဝန်ယူခြင်းမရှိပါ။ အကျိုးခံစားခွင့်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ သဘောတူညီမှုမရှိပါက ငွေလွှဲပေးပြီးနောက် ရုံးဖွင့်ရက် (၇) ရက်အတွင်း အကြောင်းကြားရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ထိုကဲ့သို့ အကြောင်းကြားခြင်းမရှိပါက အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် အကျိုးခံစားခွင့်ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ သဘောတူပြီး အကျိုးခံစားခွင့်အား ထပ်မံရရှိရန် မရှိတော့ကြောင်း သဘောတူသည်ဟု ယူဆပါသည်။ မည်သည့်အခြေအနေတွင်မဆို ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ငွေပေးချေမှုသည် အလားတူ ဖျားနာမှု / ဒဏ်ရာ / မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ဆုံးရှုံးမှုတို့နှင့်စပ်လျဉ်းသည့် မည်သည့်အနာဂတ်တောင်းဆိုချက်ကိုမဆို အတည်ပြုလက်ခံမည်ဟူသော ဝန်ခံချက်အဖြစ်မသက်မှတ်ရပါ။ ထို့အပြင်အာမခံကုမ္ပဏီမှ ဤငွေပေးချေမှုနှင့်စပ်လျဉ်း၍ နောက်ကြောင်းပြန် ပြန်လည်ခံချေခွင့်ကို စွန့်လွှတ်လိုက်သည် (သို့) စွန့်လွှတ်ရန် ရည်ရွယ်သည်ဟု မမှတ်ယူရပါ။ သင့်အာမခံပေါ်လစီတွင် ဖော်ပြထားသည့် စည်းကမ်းချက်များလည်း အကျိုးဝင်ပါသည်။

If claim request is accepted, claim payment will be transferred directly to designated bank account submitted together with the claim form. Therefore, please ensure the bank account information is correct as CLIM will not be liable for wrong bank account information submitted by claimant. If there is any disagreement with claim payment, please notify CLIM within 7 working days after claim payment transfer. After 7 working days, it will be deemed that claimant agrees to the claim decision and the claim is fully discharged. CLIM's decision to pay for a specific claim does not, in any regard, mean that similar illness, injury, disability or any other form of loss will be accepted. CLIM does not waive any of its legal rights to reclaim the benefit paid. All terms and conditions stated in the insurance policy are applicable.

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းသူ လက်မှတ်
(Claimant's Signature)
.....
အမည် (Name) - \_\_\_\_\_
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/ Passport No. - \_\_\_\_\_
နေ့စွဲ (Date) - dd / mm / yyyy

ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ လက်မှတ်
(Agent's Signature)
.....
အမည် (Name) - \_\_\_\_\_
ကိုယ်စားလှယ် အမှတ် - \_\_\_\_\_
(Agent Code)
ရုံးခွဲနံပါတ် (Branch No.)- \_\_\_\_\_