

Claim Request-PRUFlexiprotect



ပေါ်လစီနံပါတ် Policy Number:.....

ပေါ်လစီရှင်အမည် Policyholder's Name:.....

အသက်အာမခံထားသူ (၁) Insured 1:

အသက်အာမခံထားသူ (၂) Insured 2:

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်ထားသူ၏အချက်အလက် Claimant's information:

1. အမည် My name is:.....

2. မှတ်ပုံတင်အမှတ် NRC number:.....

3. အလုပ်အကိုင် Occupation:.....

4. ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ Contact address:.....

5. ဖုန်းနံပါတ် Phone Number:..... အီးမေးလ် Email:.....

6. လျှောက်ထားသူမှာ Role:

ပေါ်လစီရှင် Policyholder အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ Beneficiary တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ Legal Guardian

အခြား Other:

(အခြားသူဖြစ်ပါက အသက်အာမခံထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံအသေးစိတ်ကို ရေးပါ။) (Please list specific relationship with Insured)

7. အခြားသူတစ်ယောက်အနေနှင့် ကိုယ်စားလျှောက်ထားပေးခြင်း ဖြစ်ပါသလား။ Are you acting on behalf of another person?

ဟုတ်သည် Yes မဟုတ်ပါ No.....

ဟုတ်သည်ဟုဖြေဆိုပါက အမည်ကိုကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြရန်

If tick Yes, please provide name:.....

မှတ်ပုံတင်အမှတ် NRC number:.....

အထက်ပါ ပေါ်လစီ၏ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများအရ တောင်းဆိုထားသည့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာကို လက်ခံရန် ပရူဒန်ရှယ်မြန်မာအား တောင်းဆိုပါသည်။

Requests Prudential Myanmar to accept the claim request according to the terms and conditions of the policy mentioned above.

အကျိုးခံစားခွင့်ဖြစ်စဉ်အသေးစိတ် Details regarding Claim event:

- သေဆုံးခြင်း Death
- မတော်တဆသေဆုံးခြင်း Accidental Death
- လျော်ကြေး နှစ်ဆရရှိမည့် အကျိုးခံစားခွင့် Double Indemnity

အစောပိုင်းအဆင့်အပြင်းအထန် နာမကျန်းဖြစ်ခြင်း Early Stage Critical Illness

- ကင်ဆာအစောပိုင်းအဆင့်- ကင်ဆာဆဲလ်စတင်ပြန့်ပွားချိန် နှင့် သတ်မှတ်ထားသော ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါများ၏ ကင်ဆာအစောပိုင်းအဆင့် Early-Stage Cancer - Carcinoma in situ and Other Early Cancers of Specified Organs
- ပုံမှန် နှလုံးခုန်နှုန်း ပေးသော (သို့မဟုတ်) နှလုံးခုန်နှုန်း စက်ထည့်ခြင်း Insertion of a Permanent Cardiac Pacemaker or Defibrillator
- နှလုံးသွေးကြော ပိတ်ခြင်း Coronary Angioplasty
- လည်ပင်းသွေးကြောကြီး ခွဲစိတ်မှု Carotid Artery Surgery
- ဦးနှောက်သွေးကြော ဖောင်းခြင်း/ထုံးခြင်းကို ခွဲစိတ်ခြင်း Cerebral Aneurysm Surgery
- အသည်းအစိတ်အပိုင်း ဖယ်ရှားခွဲစိတ်ခြင်း Partial Surgical Removal of the Liver
- အဆုတ်တစ်ခြမ်း ဖယ်ရှားခွဲစိတ်ခြင်း Surgical Removal of One Lung
- ကျောက်ကပ် တစ်ခြမ်းဖယ်ရှားခွဲစိတ်ခြင်း Surgical Removal of One Kidney
- ပင်မသွေးလွှတ်ကြောမကြီး အသေးစားခွဲစိတ်ခြင်း Minimally Invasive Surgery to Aorta
- အူသိမ် အစားထိုးခြင်း Small Bowel Transplant

နောက်ဆုံးအဆင့်အပြင်းအထန် နာမကျန်းဖြစ်ခြင်း Late Stage Critical Illness

- ပြင်းထန်သည့် ကင်ဆာရောဂါ Major Cancer
- သတ်မှတ်ထားသော ပြင်းထန်သည့် နှလုံးဖောက်မှု Heart Attack of Specified Severity
- နှလုံးသွေးကြော လမ်းကြောင်းလွှဲခြင်း Coronary Artery By-Pass Surgery
- အာရုံကြော ထာဝစဉ်ထိခိုက်ပြီး လေဖြတ် ခြင်း Stroke with Permanent Neurological Deficit
- အသည်း လုံးဝ ပျက်စီးခြင်း End Stage Liver Failure
- အဆုတ် လုံးဝ ပျက်စီးသည့် ရောဂါ End Stage Lung Disease
- ကျောက်ကပ် ပျက်စီးခြင်း Kidney Failure
- ရင်ခေါင်းဖွင့်၍ ပင်မသွေးလွှတ်ကြော ခွဲစိတ်ခြင်း Open Chest Surgery to Aorta
- ရင်ခေါင်းဖွင့်၍ နှလုံးအဆိုရှင် ခွဲစိတ်ခြင်း Open Chest Heart Valve Surgery
- အဓိက အင်္ဂါများ အစားထိုး ကုသခြင်း Major Organ Transplantation

ဖြစ်ခဲ့သောသူ Happened to:

- ပေါ်လစီရှင် Policyholder
- အသက်အာမခံထားသူ Insured

1. အကျိုးခံစားခွင့်ဖြစ်စဉ် ဖြစ်ပွားသည့် အသက်အာမခံထားသူ၏ အမည်

Full name of the person experiencing claim event:

မွေးသက္ကရာဇ် Date of birth:

နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/မွေးစာရင်းလက်မှတ်အမှတ် NRC number/Birth certificate number:

2. အကျိုးခံစားခွင့်ဖြစ်စဉ်အကျဉ်း (အသေးစိတ်ရေးသားရန်)

Reason for claim event (please be specific):

.....
.....

အကျိုးခံစားခွင့် ဖြစ်စဉ်ဖြစ်ပွားသည့်နေ့ Date of claim event:

နေရာ at:

3. မတော်တဆဖြစ်မှုဆိုပါက၊ ဖြစ်ပွားရခြင်းအကြောင်းရင်းနှင့် ဖြစ်ပွားသောနေရာ

If by accident, please describe the reason and place of accident:

.....
.....

မတော်တဆဖြစ်သောနေ့ ရက်နှင့် အချိန် Date and Time of accident:.....

ထိခိုက်ဒဏ်ရာရသော အစိတ်အပိုင်း Injured body part:

.....

4. ဆေးရုံဆေးခန်းများတွင် ကုသခြင်း Medical treatment at health facility:

.....

ရှိပါသည် (အသေးစိတ်ရေးသားရန်) Yes (please describe the details as below)

.....

မရှိပါ (သေဆုံးကြောင်းလက်မှတ် နှင့် အသက်သေဆုံးမှု ဖြစ်စဉ်အတွက် ဒေသဆိုင်ရာ ဌာန၏ ခွင့်ပြုချက် နှင့်တူညီသော စာရွက်စာတမ်း ထောက်ခံချက်လိုပါသည်) No (submit Death Certificate or equivalent document with the approval of local authority for the claim event of death)

ဆရာဝန်အမည် Doctor name:

ဆေးရုံအမည် Hospital name:

ရောဂါ Diagnosis:

5. အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများနှင့် အသက်အာမခံပေါ်လစီထားရှိပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြရန်။

Please provide information below if the person experiencing the claim event also has life insurance policies with other companies.

အသက်အာမခံကုမ္ပဏီ Life Insurance Company:

ပေါ်လစီနံပါတ် Policy number:

အာမခံထားငွေ Sum Assured:

ငွေပေးချေမှု နည်းလမ်း: Payment Method:

ဘဏ်စာရင်းလွှဲပြောင်းခြင်း Bank transfer:

ဘဏ်စာရင်းပိုင်ရှင် Account owner:.....

ဘဏ်စာရင်းနံပါတ် Account number:

ဘဏ်အမည်နှင့် ဘဏ်ခွဲအမည် Bank Name and Branch Name:.....

ဘဏ်တည်နေရာ Bank Location:

မြို့နယ် Province/City:

ကျွန်ုပ်သည် ပရူဒင်ရှယ်မြန်မာ အသက် အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် တခြားဆက်စပ်ဘဏ်များတွင် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှု အတွက် ငွေပေးချေခြင်းများအား ပြုလုပ်ရန်အတွက် အရေးကြီးသောအချက်အလက်များဖြစ်သည့် ကျွန်ုပ်၏အမည်၊ ဘဏ်စာရင်းအချက်အလက်များ စသည့်တို့ကို သိမ်းဆည်းရန်နှင့် သုံးစွဲရန် သဘောတူပါသည်။

I authorize Prudential Myanmar Life Insurance Limited to store and share my data and sensitive information (name, bank account information, etc.) within Prudential Myanmar Life Insurance Limited and third-party banks to make claim payments.

ကတိပြုချက် - ကျွန်ုပ်သည် တရားဝင် မူရင်း စာရွက်စာတမ်း အစစ်အမှန် မှန်ကန်ကြောင်းဖော်ပြထားသည့်စာရွက်စာတမ်း၊ တောင်းဆိုသူ၏ အတည်ပြုထားသည့် မိတ္တူမှန်၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူများ၊ အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိသူ၏ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများကို ကိုယ်တိုင်တွေ့မြင် သို့မဟုတ် ဓာတ်ပုံရိုက်ယူခဲ့ပြီး တင်ပြထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။

Commitment: I have seen, taken photos of, and uploaded the original/certified/verified copy of Claimant/Legal Guardian/Beneficiary's identity document.

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်သူအမည် Claimant's name

ရက်စွဲ Date: (လက်မှတ်နှင့် အမည်အပြည့်အစုံ Sign and Full Name).....

အာမခံငွေပေးချေမှုမှတ်စု သဘောတူညီချက်တွင် ဝယ်ယူထားသူလက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့်နေ့မှစ၍ (၁၅)ရက် အတွင်း ပရူဒင်ရှယ်အာမခံသို့ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလျှာ၊ ဆေးမှတ်တမ်း၊ ရဲမှတ်တမ်းနှင့် အခြားစာရွက်စာတမ်းများအစရှိသည်တို့ကို မူရင်းစာရွက်များကိုတင်ပြရန် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် တာဝန်ရှိကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ မဟုတ်ပါက ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ဝယ်ယူထားသူ၏ သတင်းအချက်အလက်များကို ချိုးဖောက်မှုနှင့် ဆက်နွယ်သည့် မည်သည့်ကိစ္စကိုမဆို တာဝန်ယူပါမည်။

"I confirm I have an obligation to submit original set related to claim documents such as Claim Event Notice, Claim Request, Medical Report, Police Report and other documents to Prudential Myanmar within 15 days from the date that customer signed on insurance payment note agreement. If not, I will take responsibility for any case related to a breach of customer information."

ရက်စွဲ Date: (လက်မှတ်နှင့် အမည်အပြည့်အစုံ Sign and Full Name):

.....

(အရောင်းကိုယ်စားလှယ် ဖုန်းနံပါတ် Sales Representative Phone number):

(အရောင်းကိုယ်စားလှယ်၏ ကုဒ်နံပါတ် Sales Representative 's Code):

