

**Prudential Myanmar Life Insurance**  
**ပရူဒင်ရှယ် မြန်မာ အသက် အာမခံ**  
**Health Insurance Claim Form**  
**ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ**

ရက်စွဲ/ Date ၊

၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/ အမှတ်/ Agent Name/ No. \_\_\_\_\_

၂။ အာမခံစာချုပ်/ အမှတ်/ Insurance Agreement/ No. \_\_\_\_\_

၃။ အာမခံကုမ္ပဏီသို့ ကနဦးအကြောင်းကြားသည့်နေ့/ Initiative Date of informing to the Company  
\_\_\_\_\_

၄။ ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက်အခြေခံ/ No. of unit which is purchased Basic \_\_\_\_\_  
ရွေးချယ်(၁)/ Optional (1) \_\_\_\_\_ ရွေးချယ်(၂)/ Optional (2) \_\_\_\_\_

၅။ အာမခံထားသူအမည်/ Insured Name \_\_\_\_\_  
အဘအမည်/ Father's Name \_\_\_\_\_

နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်/ NRC/ Passport No. \_\_\_\_\_

မွေးသက္ကရာဇ်၊ အသက်/ Year of Birth/ Age \_\_\_\_\_

အလုပ်အကိုင်/ Occupation \_\_\_\_\_

နေရပ်လိပ်စာ/ Address \_\_\_\_\_

တယ်လီဖုန်းအမှတ်/ Telephone No. \_\_\_\_\_

၆။ အုပ်ထိန်းသူ/ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအမည်/ Guardian/ Beneficiary Name \_\_\_\_\_  
အဘအမည်/ Father' Name \_\_\_\_\_

နိုင်ငံသား/ နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်/ NRC/ Passport No. \_\_\_\_\_

မွေးသက္ကရာဇ်၊ အသက်/ Year of Birth/ Age \_\_\_\_\_

တော်စပ်ပုံ/ Relationship \_\_\_\_\_

နေရပ်လိပ်စာ/ Address \_\_\_\_\_

တယ်လီဖုန်းအမှတ်/ Telephone No. \_\_\_\_\_

၇။ တောင်းခံခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ အားလုံးကို အထောက်အထားများနှင့်တကွ ပြည့်စုံစွာ ဖော်ပြပါသည်-

The following particulars are shown together with the evidences relating to the claim

(က) လျော်ကြေးတောင်းခံမည့်အမျိုးအစား/ Type of insurance to be claimed \_\_\_\_\_

(ခ) ဖြစ်ပွားသည့်နေ့ရက်/ ကာလ/ Date of occurrence/ Duration \_\_\_\_\_

- (ဂ) ဖြစ်ပွားရသည့်အကြောင်းအရင်း/ (Diagnosis) \_\_\_\_\_
- (ဃ) ဆေးကုသခဲ့သည့် ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ Hospital/ Clinic Name/ Address where treatment made \_\_\_\_\_
- (င) အခြား/ Others \_\_\_\_\_

**၈။ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံငွေ/ Cash in Benefit**

**(အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်)/ (Basic Coverage)**

- ဆေးရုံတက်ခြင်း/Hospitalization ( ) ရက်/ days x ၁၀,၀၀၀ ကျပ်/10,000 MMK x ယူနစ်အရေအတွက်/ No. of Unit ( ) =
- သေဆုံးခြင်း ၁၀ သိန်းကျပ်/Death: 1,000,000 MMK x ယူနစ်အရေအတွက်/ No. of Unit ( ) =

**(ရွေးချယ်နိုင်သောအာမခံအကာအကွယ် ၁/ Optional Coverage 1 )**

- အများဆုံးပေးနိုင်သည့် စုစုပေါင်း အကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏသည် ၅ သိန်းကျပ်/ Total benefit is 500,000 MMK maximum x ယူနစ် အရေအတွက် အထိသာ/ extent to the No. of Unit
- ယခုအချိန်အထိ ပေးချေခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့် ငွေပမာဏ Paid benefit ( )
  - ခွဲစိတ်ကုသမှု အမှန်တကယ်ကုန်ကျစရိတ်/ Actual cost of surgery ( ) =
  - ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျမှု ၃ သိန်းကျပ်/300,000 MMK for miscarriage =

**(ရွေးချယ်နိုင်သောအာမခံအကာအကွယ် ၂/ Optional Coverage 2)**

- အများဆုံးပေးနိုင်သည့် စုစုပေါင်းအကျိုးခံစားခွင့်ငွေပမာဏသည် ၁၀,၀၀၀ ကျပ်/ Total benefit is 10,000 MMK maximum x ယူနစ် အရေအတွက် အထိသာ/ extent to the No. of Unit
- ယခုအချိန်ထိ ပေးချေခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ Paid benefit ( )
  - ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းပြခြင်း/ Outpatient Benefit ( ) ကြိမ်/ Times x ၂,၅၀၀ ကျပ်/2,500 MMK x ယူနစ်အရေအတွက်/ No. of unit ( ) =

၉။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲအပ်ရန် ဘဏ်အချက်အလက်

|  |  |
|--|--|
| ဘဏ်အမည်<br>Bank Name                                       |  |
| ဘဏ်အကောင့်အမည်<br>Bank Account Name                        |  |
| ဘဏ်အကောင့်နံပါတ်<br>Bank Account Number                    |  |
| ဘဏ်ခွဲအမည်<br>Bank Branch Name                             |  |
| ဘဏ်ခွဲလိပ်စာ<br>Bank Branch Address                        |  |
| ဘဏ်အကောင့်ပိုင်ရှင်ဖုန်းနံပါတ်<br>Bank Account Owner Phone |  |
| ဘဏ်အကောင့်ပိုင်ရှင်လိပ်စာ<br>Bank Account Owner Address    |  |

ပူးတွဲပါအထောက်အထား/ Attached Evidence:

| အထောက်အထားများ<br>Evidences   | ဆေးရုံတက်ခြင်း<br>Hospitalization | သေဆုံးခြင်း<br>Death | ခွဲစိတ်ကုသခြင်း<br>(ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း)<br>Surgery<br>(Miscarriage) | ဆေးရုံ/ ဆေးခန်း<br>ပြခြင်း<br>Outpatient |
|---|-----------------------------------|----------------------|--|--|
| ဆရာဝန်၏ ဆေးစစ်ချက်<br>ထောက်ခံစာ<br>Medical recommendation<br>letter from relevant doctor                                    |                                   |                      |  |  |
| သေဆုံးကြောင်းအထောက်အထား<br>မိတ္တူ<br>Copy of Death Certificate  |                                   |                      |  |  |
| ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းစာအုပ်<br>မိတ္တူ<br>Copy of Medical Record  |                                   |                      |  |  |
| ဆေးရုံမှထုတ်ပေးသည့်<br>ငွေတောင်းခံလွှာ(သို့မဟုတ်)<br>ငွေလက်ခံဖြတ်ပိုင်း<br>Receipt or counterfoil issued<br>by the hospital |                                   |                      |  |  |

\*ဆေးရုံ/ဆေးခန်းပြခြင်း ဖြစ်ပါက 'ဆရာဝန်၏ ဆေးစစ်ချက် ထောက်ခံစာ' နှင့် 'ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်းစာအုပ်မိတ္တူ' တို့အနက် တစ်ခုခုကို တင်ပြနိုင်လျှင် ရပါသည်။

In the case of outpatient, it is required to submit any evidence among 'Medical recommendation letter from relevant doctor' and 'Copy of Medical Record'.

**အသိသက်သေ**  
**Witness**

**အာမခံထားသူ/ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ**  
**Insured/ Beneficiary**

( )  
အမည်/ Name \_\_\_\_\_  
မှတ်ပုံတင်အမှတ်/ NRC No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
နေရပ်လိပ်စာ/ Address \_\_\_\_\_  
တယ်လီဖုန်းအမှတ်/ Telephone No. \_\_\_\_\_

( )  
အမည်/ Name \_\_\_\_\_