

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာ (Daiichi Health CARE)

- တောင်းဆိုချက်ကို တိကျမြန်ဆန်စွာ ဆောင်ရွက်ရာတွင် ကူညီနိုင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ ဤတောင်းခံလွှာကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပါ။
- ကုသမှုစတင်ပြီး ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း ဤတောင်းခံလွှာကို တင်ပြရပါမည်။
- ဤတောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များ မပြည့်စုံပါက၊ စာရွက်စာတမ်းများကို ပြည့်စုံစွာ မတင်ပြပါက အကျိုးခံစားခွင့် ပေးချေသည့် လုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာနိုင်ပါသည်။

ရက်စွဲ ____ရက်/____လ/____နှစ် ပေါ်လစီအမှတ်

ယခု တင်ပြသော အာမခံအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုကို ယခင်က Daiichi Life Insurance Myanmar Ltd. (“**Daiichi Life**”) တွင်ဖြစ်စေ၊ အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ဖြစ်စေ ပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါသည် မပြုလုပ်ခဲ့ဖူးပါ

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံပေါ်လစီ၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံလိုပြီး အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များကို တင်ပြအပ်ပါသည်။

အသက်အာမခံထားသူ၏ အချက်အလက်များ

အမည်အပြည့်အစုံ နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်.....
 ဖုန်းနံပါတ် အိမ်မေးလ်

အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (လိုအပ်သော မူရင်းဆေးမှတ်တမ်းများ၊ မူရင်းအချက်အလက်များနှင့် မူရင်းပြေစာများကို ပူးတွဲတင်ပြပါ)

ဆေးရုံအမည်

ကုသပေးသော ဆရာဝန်(များ)၏ အမည်

ဆေးရုံတက်ရောက်ရခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးရုံဆေးခန်း ပြသရခြင်း အကြောင်းအရင်း

ဆေးရုံတက်ရောက်သော နေ့စွဲ(များ)/ ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ဆေးခန်း ပြသခဲ့သော နေ့စွဲ(များ)

ကုသမှု ကုန်ကျစရိတ်.....

အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်သို့ တက်ရောက်ကုသရန် လိုအပ်မှု ရှိ/မရှိ	<input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> မရှိ
---	------------------------------	-------------------------------

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံသူ၏ အချက်အလက်များ (အသက်အာမခံထားသူ ကိုယ်တိုင်ဖြစ်ပါက ဖြည့်စွက်ရန် မလိုအပ်ပါ။)

အမည်အပြည့်အစုံ နိုင်ငံသား စိစစ်ရေးကတ် အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်

ဖုန်းနံပါတ် အိမ်လမ်း
 အသက်အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ

အရွယ်မရောက်သေးသော အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ (ရှိခဲ့လျှင်)နှင့် တော်စပ်ပုံ

အကျိုးခံစားခွင့်အား အောက်ဖော်ပြပါ နည်းလမ်းဖြင့် ရယူပါမည်။

အကောင့်ပိုင်ရှင် အမည်	အကောင့်နံပါတ်																				
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				
ဘဏ်အမည်	ဘဏ်ခွဲအမည်																				
မြို့																					

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူက ကတိပြုခြင်း

- ဤတောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကတိပြုပါသည်။
- ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မပြည့်စုံ နှင့်/သို့မဟုတ် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ မှားယွင်း ဖော်ပြထားသည်ဟု **Daiichi Life** က ဆုံးဖြတ်ပါက စစ်ဆေးအတည်ပြုရန် အလို့ငှာ နောက်ထပ် အချက်အလက်များ တောင်းခံခွင့်ရှိကြောင်း၊ အာမခံပေါ်လစီ စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များအရ အာမခံ တောင်းခံမှုကို ဆောင်ရွက်နိုင်ကြောင်း ထပ်မံ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
- အသက်အာမခံထားသူ၏ မှတ်တမ်းများ သို့မဟုတ် အချက်အလက်များကို သိမ်းဆည်းထားသော သို့မဟုတ် ရရှိထားသော ဆေးရုံ/ဆေးခန်းမှ ဝန်ထမ်းများ၊ ဆရာဝန်များ သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုစင်တာများ၊ ရဲဌာန၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ အဖွဲ့အစည်းများ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များသည် **Daiichi Life** က လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို **Daiichi Life** သို့မဟုတ် ၎င်း၏ ကိုယ်စားလှယ်ထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏ လက်မှတ် (သို့) လက်မလက်ဗွေရာ 	အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ၏အမည် 	ရက်စွဲ
---	--	---------------------

ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း

- Daiichi Life သည် customer များ စိတ်ချမ်းမြေ့ကျေနပ်မှု ရရှိစေရေးအတွက် အကောင်းဆုံးသော ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန် အစဉ်အမြဲ ကြိုးစားလျက်ရှိပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ customer များ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံရာတွင် ပိုမိုလွယ်ကူလျင်မြန်စွာ ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက် ယုံကြည်စိတ်ချအားကိုးရသော Ulink Assist Myanmar နှင့် တရားဝင်ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။
- ဤအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံလွှာကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပြီး အောက်ဖော်ပြပါ စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ ပူးတွဲ၍ healthclaim@daichilife.com.mm သို့ အီးမေးလ်ပေးပို့ကာ အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းခံနိုင်ပါသည်။
 - ငွေရှင်းပြစာများ
 - ဆေးမှတ်တမ်း/ဆေးစစ်ချက်/ဆေးစာအုပ်များ
 - အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား အထောက်အကူပြုနိုင်မည့် အခြားလိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ
- စုံစမ်းမေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက **+95 9 774 777 733** သို့လည်း တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

