

PRE-ADMISSION FORM FOR LOG

ဆေးရုံတက်ရောက်ရန် LOG (Letter of Guarantee) တောင်းခံလွှာ

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ အချက်အလက်များ/စာရွက်စာတမ်းများကို Ulink Assist Myanmar ထံသို့ တင်ပြပါ။

အချက်အလက်/ဆေးမှတ်တမ်း စာရွက်စာတမ်းများ ပြည့်စုံစွာ တင်ပြခြင်း မရှိပါက LOG ကို ငြင်းပယ်ခြင်း (သို့မဟုတ်)

LOG ထုတ်ပေးရာတွင် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါသည်။

Part (1) - အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူမှ ဖြည့်စွက်ရန်

(က) လူနာ၏ အချက်အလက်များ

လူနာ၏ အမည်	
ပေါ်လစီအမှတ်	
မှတ်ပုံတင်အမှတ်	
ဆေးရုံတက်ရောက်မည့်နေ့	
ဆေးရုံအမည်	
ဆရာဝန်၏ အမည်	

(ခ) ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ

အီးမေးလ်	
ဖုန်းနံပါတ်	

(ဂ) အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူ၏ ဖွင့်ဟကြေညာချက်၊ သဘောတူညီချက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်

ဤ LOG တောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သူ ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟကြေညာပါသည်။

- (က) ကျွန်ုပ်တို့သည် လူနာ (သို့မဟုတ်) လူနာ၏ မိဘ (သို့မဟုတ်) အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသည် (အသက် ၁၈ နှစ်အောက် လူနာဖြစ်ခဲ့လျှင်)
- (ခ) ဤ LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့သိရှိထားသမျှ

ဖြည့်စွက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

- (ဂ) ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ၊ ကျန်းမာရေးအခြေအနေများနှင့် သက်ဆိုင်သော (ထိုအချက်အလက်၊ အခြေအနေများတွင် ကျန်းမာရေး ရာဇဝင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ မူးယစ်ဆေး/အရက် သုံးစွဲမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ AIDS အပါအဝင် လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သော ရောဂါဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါမည်) လိုအပ်သမျှ မှတ်တမ်းများ၊ ဆေးစစ်ချက်အဖြေများ၊ စာရွက်စာတမ်းများ၊ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာများ အားလုံးကို Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီနှင့် Daiichi Life Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ၎င်းတို့၏ မိတ်ဖက် ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများကိုပေးအပ်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ကို ကုသမည့် ဆရာဝန်(များ)၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းများနှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်သူများအား ခွင့်ပြုပါသည်။
- (ဃ) ကျွန်ုပ်ထံမှ/ကျွန်ုပ် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များထံမှ/ကျွန်ုပ်ကို ကုသပေးသော ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ရရှိသော အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးစစ်ချက်အဖြေများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန်၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးအပ်ရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကာအကွယ်နှင့် သက်ဆိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ရပိုင်ခွင့်များ အစရှိသည့် ကျိုးကြောင်းညီညွတ်သော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုရန် Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီနှင့် Daiichi Life Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ၎င်းတို့၏ မိတ်ဖက် ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများကိုအခွင့်အာဏာပေးပါသည်။
- (င) ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုအတွက် အကျိုးဝင်၊ အတည်ပြုထားသော ဆေးကုသစရိတ်များကို သက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်း/ဆေးရုံနှင့် တိုက်ရိုက်ပေးချေသည့် နေရာတွင်သာ ဤတောင်းခံလွှာပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည့်အကြောင်း သိရှိနားလည်ပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏထက် ပိုများနေသည့် ဆေးကုသစရိတ် နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သော ဆေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရှိခဲ့လျှင်) ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးသည့် နေ့မှစ၍ ရုံးဖွင့်ရက် ၇ ရက်အတွင်း သက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်း/ဆေးရုံ သို့မဟုတ် Ulink Assist Myanmar ထံ ပေးချေရမည်ကို သဘောတူပါသည်။ အမှန်တကယ် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်မည့် ပမာဏသည် LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်များ၊ အမှန်တကယ် ဖြစ်ပွားသည့် ရောဂါ၊ အကျိုးဝင်သည့် ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များ၊ ပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက် အခြေအနေများအပေါ် မူတည်ပါသည်။
- (စ) ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါ LOG တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သော စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များကို သိရှိပါသည်။
 - အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုနှင့် ပတ်သက်၍ အဆင်မပြေမှုများ၊ အငြင်းပွားဖွယ်ရာ ကိစ္စရပ်များ ပေါ်ပေါက်လာပါက healthclaim@daiichilife.com.mm သို့ ကျေးဇူးပြု၍ ဆက်သွယ်တိုင်ကြားပေးပါ။ ထိုတိုင်ကြားချက်တွင် သက်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းအားလုံးအပါအဝင် အခြေအနေ အသေးစိတ်ကို

ကျေးဇူးပြု၍ ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။ လူကြီးမင်း၏ တိုင်ကြားချက်ကို သေချာစွာ စုံစမ်းစစ်ဆေးမည် ဖြစ်ပြီး အခြေအနေ ဖြစ်ပေါ်တိုးတက်မှုများကို အချိန်နှင့်တပြေးညီ လူကြီးမင်းထံ အသိပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

- အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူသည် Overseas Cashless Claims ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူသည့်အခါတိုင်း ကုသမှု စရိတ်အပေါ်မူတည်၍ သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ဆောင်ခ နှင့်အတူ နိုင်ငံခြားငွေလဲလှယ်နှုန်း ကွာခြားချက်ကိုလည်း ပေါ်လစီ၏နှစ်စဉ်ကန့်သတ်ချက်ပမာဏ မှ နုတ်ယူကောက်ခံမည် ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးရုံမှ ကျသင့်ငွေ တောင်းခံလာသည့်အချိန်တွင် နိုင်ငံခြားငွေလဲလှယ်နှုန်း ကွာခြားချက်သည် မူလကောက်ခံရန် လျာထားသော နိုင်ငံခြားငွေလဲလှယ်နှုန်း ကွာခြားချက်ထက် ပမာဏ ပိုများပါက ပေါ်လစီပိုင်ရှင်သည် Daiichi Life ထံ လိုအပ်သည့်ပမာဏကို ရုံးဖွင့်ရက် ၁၄ ရက်အတွင်း ပေးသွင်းရမည်။

လက်မှတ် နှင့် အမည် (အာမခံထားသူကိုယ်စားဖြစ်လျှင်)		ဤတောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သောနေ့	
အာမခံထားသူ၏ အမည်		လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါက)	

PART (2) - TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

Section A: Medical details

a) Diagnosis / Provisional Diagnosis -

b) Are the condition and treatment related to the following:

- Pregnancy / Childbirth / Infertility / Miscarriage Or any complications arising therefrom
- Congenital / Hereditary disease
- Drugs / Alcohol abuse
- Mental / Psychiatric disorder
- Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
- STD / AIDS/ HIV related
- None of the above

c) Details of clinical features

Date of first consultation
Estimated date of onset of symptoms
Duration of symptoms
Description of signs and symptoms

d) Any previous consultation / treatment / hospitalization for this symptom / illness or related conditions,
or other disorders whether in this hospital or any other facilities prior to current admission?

YES NO

If YES, please send previous hospitalisation and medical reports.

e) Name of surgery or procedure (if applicable)

f) Estimated hospital cost

g) If hospitalization was due to injury, please indicate date and time of injured event and describe circumstances
and cause of injury

Date and time of accident:

Circumstances and cause of injury

h) Additional attachment if any (E.g., Relevant Medical Record, Referral Letter, Police report for
accident, biopsy report)

Section B: Declaration, Consent and Authorisation by attending doctor

By completing the form, I hereby declare that:

- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) All information on this pre-admission form is true and correct based on the best of my knowledge.
- (c) I authorize (name of insurer) to release this medical information (these may include information regarding past medical history, psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other sexually transmitted disease related information) to Ulink Assist Myanmar, including its associate companies, partners and affiliates, as may be required.

Doctor's Name		Doctor's Signature	
Medical License No. (or) Stamp of Doctor		Date of declaration	

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။
- စုံစမ်းမေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက +95 9 774 777 733 သို့လည်း တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

