အောင်သစ္စာဦးအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလိမိတက်

တယ်လီဖုန်းနံပါတ် - (+၉၅ - ၁)၂၃၀၁၄၀၉

အခန်း - ၆၀၂/၆၀၄၊ မြဝတီဘဏ်လက်ဖွဲ့ကွန်ပလက်စ်၊ အမှတ် - ၁၅၁၊

ဖက်(စ်)နံပါတ် - (+၉၅ - ၁) ၂၃၀၁၄၀၈

ဝိုလ်ချုပ်အောင်ဆန်းလမ်း၊ ဧရပ်ကွက်၊ လမ်းမတော်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

အီးမေးလ်လိပ်စာ - aungthitsaooins@gmail.com

အသက်အာမခံထားရှိလိုကြောင်းအဆိုလွှာ

ပေါ်လစီအမှတ် _____

၁။ (က) အမည် _____ (ခ) အဘအမည် _____

(ဂ) အမျိုးသားမှတ်ပုံတင်/ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြားအမှတ် _____

(ဃ) အလုပ်အကိုင် အပြည့်အစုံ _____

(င) ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ/တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____

(စ) အမြဲနေထိုင်သည့်နေရပ်လိပ်စာ _____

_____

၂။ မွေးသက္ကရာဇ်၊ _____ခုနှစ်၊ _____လ _____ ရက် ဖော်ပြသည့်အသက်မှန်ကန်ကြောင်း အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်လက်မှတ်မိတ္တူပူးတွဲတင်ပြပါသည်။

_____

၃။ အာမခံထားငွေ _____ အာမခံသက်တမ်း _____ (ပရီမီယံကို တစ်နှစ်၊ ခြောက်လ၊ သုံးလ လစဉ် ပေးသွင်းမည်) _____ဖယား ( )

_____

၄။ ဤကုမ္ပဏီ၌ဖြစ်စေ၊ အခြားကုမ္ပဏီများ၌ဖြစ်စေ၊ အသက်အာမခံထားရှိပြီးဖြစ်လျှင် အောက်တွင်ဖော်ပြပါရန်။

အာမခံထားငွေ	ထားရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံအမျိုးအစား နှင့်ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံစသည့် နေ့နှင့် ပေါ်လစီ၏ ယခုအခြေအနေ	သာမန် ပရီမီယံနှုန်း သို့မဟုတ် အပိုနှုန်း	နှစ်အပြည့် သို့မဟုတ် လျော့နှစ်	ပေါ်လစီ ပျက်ခဲ့သော် ပျက်သော နေ့ရက်

(အခြားကုမ္ပဏီတစ်ခုတွင် အသက်အာမခံထားရှိပြီးဖြစ်ပါက ထိုအာမခံကုမ္ပဏီ၏ ပေါ်လစီသည် တည်မြဲနေကြောင်း နောက်ဆုံးပြေစာမိတ္တူ ကိုပူးတွဲ၍တင်ပြပါရန်။)

_____

၅။ ယခင်က အသက်အာမခံထားရှိလိုကြောင်း အဆိုလွှာကို အပယ်ခံရဘူးခြင်း ရှိ/မရှိနှင့် ရှိခဲ့လျှင် ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် ခုနှစ်ဖော်ပြပါရန်။

_____

၆။ အသက်အာမခံအဆိုလွှာတင်ခဲ့ဘူးခြင်း ရှိ/မရှိနှင့် တင်ခဲ့ဘူးလျှင်ကုမ္ပဏီအမည်နှင့်ခုနှစ်ဖော်ပြပါရန်။

_____

၇။ ကြည်း၊ရေ၊ လေ စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ စသည့် အလုပ်များနှင့် ဆက်သွယ်လုပ်ကိုင်ခြင်း ရှိ/မရှိ။

_____

၈။

အသက်အာမခံ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းပေးခြင်း။						
စဉ်	အမည်	အမျိုးသားမှတ်ပုံတင်/ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်ပြားအမှတ်	အဘအမည်	တော် စပ်ပုံ	အသက်	ရာခိုင်နှုန်း အချိုးအစား

(၁၉၉၃ ခုနှစ်၊ မြန်မာ့အာမခံဥပဒေ ပုဒ်မ ၂၀)

(အခြားမည်သည့်ဥပဒေတွင် မည်သို့ပင် ပြဋ္ဌာန်းထားစေကာမူ ဤဥပဒေအရ ပြုလုပ်သည့် အသက်အာမခံပေါ်လစီတိုင်းအတွက် အာမခံထား သူက သတ်မှတ်သည့် သူသာလျှင် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိစေရမည်။)

၉။ သင်နှင့် တစ်နှစ် အနည်းဆုံး ပေါင်းသင်းလျက်ရှိသော မိတ်ဆွေအမည် _____

တယ်လီဖုန်းအမှတ် _____

နေရပ်လိပ်စာ _____

ဤမိတ်ဆွေနှင့် သိသည်မှာ _____နှစ်ရှိပါပြီ။

အထက်ပါ ကျွန်ုပ်၏ဖော်ပြချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့်ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသောပဋိညာဉ်၏အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူညီပါသည်။ အကယ်၍အဆိုပါ ဖော်ပြချက် များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည် ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

_____မြို့နယ် _____ တွင် _____ခုနှစ် _____ လ _____ ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အသိသက်သေများ

၁။လက်မှတ်---------- ၂။လက်မှတ်---------- အာမခံထားသူလက်မှတ် ----------

အမည် ---------- အမည် ----------

အလုပ်အကိုင်---------- အလုပ်အကိုင်----------

လိပ်စာအပြည့်အစုံ---------- လိပ်စာအပြည့်အစုံ----------

---------- ----------

ရက်စွဲ _____ ရက်စွဲ _____

အဆိုလွှာကို အဆိုလွှာတင်သူ ကိုယ်တိုင်ဖြည့်စွက်ရေးသားဖြေကြားကြောင်း အသိသက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

လက်မှတ် _____

ကိုယ်စားလှယ်အမည် _____

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် _____

ရက်စွဲ _____

(အစိုးရဝန်ထမ်းတိုင်းသည် မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်းတွင် မထားမနေရ အသက်အာမခံ ထားရှိရမည်ဟု ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းထားပါသဖြင့် အစိုးရဝန်ထမ်းတစ်ဦးသည် ဖော်ပြပါအတိုင်း အသက်အာမခံထားရှိပြီးမှသာ ပဂ္ဂလိကအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အသက်အာမခံထားရှိနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။)