

ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းလွှာ

အသိပေးကြေညာချက်

- ပေါ်လစီနှင့် အာမခံထားသူ အချက်အလက်များကို တိကျစွာဖြည့်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ နိုင်ငံခြားသားဖြစ်ပါက နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် (Passport No.) ဖြည့်ပေးပါ။
- အပိုင်း (၂) ၏ အောက်တွင်ဖော်ပြပါရှိသော အပိုင်း (၂၊က) ကို သေဆုံးခြင်းအတွက် တောင်းခံခြင်းဖြစ်မှသာ ဖြည့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။ အခြားသော မည်သည့်တောင်းခံမှု အဖြစ်အပျက်အတွက်မဆို အပိုင်း (၂၊ခ) ကို ဖြည့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။
- မိမိပိုင်ဆိုင်သော အာမခံပေါ်လစီ အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် ပါဝင်ပါက အပိုင်း(၂) မှ "ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့်" အကွက်တွင် အမှတ်ဖြစ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။
- သင့်အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုခြင်း နှောင့်နှေးမှုမရှိစေရန် အပိုင်း(၄) တွင် ဖော်ပြထားသော လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများနှင့် အခြားစပ်ဆက်မှုရှိသော စာရွက်စာတမ်းများကို ဤတောင်းခံလွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲတင်ပြပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။

အပိုင်း (၁) - ပေါ်လစီ နှင့် အာမခံထားသူ အချက်အလက်

ပေါ်လစီ အမှတ် _____
အာမခံထားသူ အမည် _____ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____
နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် _____
မွေးနေ့ (ရက်/လ/နှစ်) ____/____/____ ကျား/မ _____ နိုင်ငံသား _____

Chubb Life Insurance Myanmar Limited ("CLIM") တွင်ဝယ်ယူထားသော အခြား အာမခံ ပေါ်လစီများရှိပါက ဖော်ပြရန်

ပေါ်လစီအမှတ် (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

CLIM အပြင်အခြား အာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားခြင်းရှိပါသလား ☐ Yes ☐ No

(ရှိပါက ကုမ္ပဏီအမည်နှင့် ပေါ်လစီအမှတ်အား ဖော်ပြပါ) _____

အာမခံကုမ္ပဏီသို့ ကနဦး အကြောင်းကြားသည့်နေ့ ____/____/____

အပိုင်း (၂) - တောင်းခံရသည့် အကြောင်းအရင်း အသေးစိတ်

မည်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် ဖြစ်ပါသနည်း ☐ သေဆုံး ☐ မသန်စွမ်း ☐ ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့်
☐ ပြင်းထန်သောရောဂါ ☐ ထိခိုက်မှု ☐ ဆေးရုံတက် ကုသမှု
☐ ခွဲစိတ်ကုသမှု ☐ ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း
☐ ဆေးခန်း/ပြင်ပလူနာဌာန ပြသမှု

ဖြစ်ပွားရသည့် အကြောင်းအရင်း ☐ မတော်တဆ ☐ ရောဂါ ☐ မိမိကိုမိမိ
ထိခိုက်စေမှု/သတ်သေမှု

ဖြစ်ပွားခဲ့သည့် နိုင်ငံနှင့် နေရာ _____

အပိုင်း (၂၊က) - တောင်းခံရသည့်အကြောင်းအရင်းသည် သေဆုံးမှုဖြစ်မှသာ ဖြည့်ရန်

သေဆုံးသည့် ရက်စွဲ ____/____/____ သေဆုံးစေသည့်အကြောင်းအရာ _____

ဆေးရုံတွင်သေဆုံးခဲ့လျှင် ဆေးရုံအမည် _____

သေဆုံးကြောင်း အတည်ပြုပေးသည့် ဆရာဝန်၏ အချက်အလက်

ဆရာဝန်အမည် _____ ဆေးကုသခွင့် မှတ်ပုံတင် (ဆမ) အမှတ် _____

လိပ်စာ _____

ဖုန်းနံပါတ် _____

သေဆုံးသူ၏ခန္ဓာကိုယ် ပြန်လည်ရရှိပါသလား ☐ Yes ☐ No

ရင်ခွစစ်ဆေးခြင်း ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား ☐ Yes ☐ No

နိုင်ငံခြားတွင် သေဆုံးခဲ့ခြင်း ဖြစ်ပါသလား ☐ Yes ☐ No

YES ဟုရွေးချယ်ပါက အသေးစိတ်ဖြည့်ရန်

အမိနိုင်ငံမှ ထွက်ခွာသည့်နေ့စွဲ ____/____/____

သေဆုံးသူကို နိုင်ငံခြားတွင် မီးသင်္ဂြိုဟ် (သို့) မြေမြှုပ်သင်္ဂြိုဟ် ခဲ့ပါသလား ☐ Yes ☐ No

အပိုင်း (၂၊ခ) - အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှုအား ဖြစ်စေခဲ့သည့် ထိခိုက်မှု /မတော်တဆမှု (သို့) နာမကျန်းမှုတို့၏ အကြောင်းအရင်းအသေးစိတ်အား ဖြည့်ရန်။

မည့်သည့် မတော်တဆ (သို့) နာမကျန်းဖြစ်ပါသနည်း? _____

မတော်တဆ(သို့) နာမကျန်းစတင် (သို့) ရောဂါဖြစ်ကြောင်းစတင်အတည်ပြုသည့် နေ့ရက် ____/____/____

မတော်တဆ ဖြစ်ပါက၊

ဖြစ်ပုံအသေးစိတ်မှာ - _____

ထိခိုက်ဒဏ်ရာအခြေအနေအား အသေးစိတ်ရှင်းပြရန်

ရဲလုပ်ငန်းဆိုင်ရာမှစုံစမ်းမေးမြန်းခဲ့ခြင်းရှိပါသလား ☐ Yes ☐ No

YES ဟုဖြေဆိုပါက အသေးစိတ်ဖြည့်ရန်

ရဲအရာရှိအမည် _____

နယ်မြေရဲစခန်းအမည် _____

အာမခံထားသူအား နောက်ဆုံး ကုသမှုပေးခဲ့သည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အချက်အလက်များဖြည့်ရန်။

ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် _____

လိပ်စာ _____

ဖုန်းနံပါတ် _____

ကုသပေးခဲ့သည့် ဆရာဝန်အမည် _____

အတည်ပြုရောဂါ _____

Signature of Claimant _____

ပြုလုပ်ခဲ့သည့် ခွဲစိတ်မှု/procedure _____

ဆေးရုံတက်ခဲ့ပါက၊

ဆေးရုံတက်သည့် ရက်စွဲ ____/____/____

ဆေးရုံဆင်းသည့် ရက်စွဲ ____/____/____

ထိုဖြစ်ရပ်မဖြစ်ပွားမီ ၂၄ နာရီအတွင်း အရက် (သို့) မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲခဲ့ခြင်းရှိပါသလား? ☐ Yes ☐ No

ရှိပါက အမျိုးအမည် နှင့် ပမာဏ အသေးစိတ်ဖော်ပြရန် _____

အပိုင်း (၃) - အာမခံထားသူနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ တစ်ဦးတည်း မဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်ရန်။

အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံသူ အမည် _____ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် _____

မွေးနေ့ (ရက်/လ/နှစ်) ____/____/____ ကျား/မ _____ နိုင်ငံသား _____

နေရပ်လိပ်စာ _____ တိုင်းဒေသ _____

စာပို့သင်္ကေတ _____

ဖုန်းနံပါတ် - _____

Email Address - _____

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် အာမခံထားသူ၏ - ☐ ခင်ပွန်း/ဇနီး ☐ သား/သမီး ☐ အခြား _____

အပိုင်း (၄) - ပူးတွဲတင်ပြရန်လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ

မည်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်းအတွက်မဆို

- ☐ ပြည့်စုံစွာနှင့် တိကျစွာဖြည့်ထားသည့် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းလွှာ
- ☐ ကျန်းမာရေးနှင့်အားကစားဝန်ကြီးဌာန (သို့) သက်ဆိုင်ရာ ဝန်ကြီးဌာန တွင် တရားဝင် မှတ်ပုံတင်ထားသည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် ပြသခဲ့သည့် ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း

အခြားလိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်းများ

သေဆုံးခြင်း အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း

- ☐ သေဆုံးကြောင်း ဆရာဝန်ထောက်ခံစာ မူရင်း (သို့) ဆရာဝန်လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မိတ္တူမှန်
- ☐ မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ပါက ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ
- ☐ မူရင်းပေါ်လစီနှင့် ပေါ်လစီ၏စပ်ဆက် စာရွက်စာတမ်းများ (ရှိပါက)

ထာဝစဉ် မသန်မစွမ်း အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း

- ☐ ကုသမှုပေးခဲ့သော အထူးကုဆရာဝန်ထံမှ ထာဝစဉ် မသန်မစွမ်းဖြစ်ကြောင်း ထောက်ခံချက်
- ☐ ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ
- ☐ မူရင်းပေါ်လစီနှင့် ပေါ်လစီ၏စပ်ဆက် စာရွက်စာတမ်းများ (ရှိပါက)

ဆေးရုံတက်ခြင်းနှင့် ဆေးခန်းပြခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း

- ☐ ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် ငွေပေးချေခဲ့သော ပြေစာ

Signature of Claimant _____

ပြင်းထန်သော ရောဂါဖြစ်ခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း

☐ အာမခံထားသူအား ကုသမှုပေးခဲ့သည့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းများမှ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း အပြည့်အစုံ

မတော်တဆ ဖြစ်ခြင်းအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခြင်း

☐ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ဖြစ်သွားသည့် ခန္ဓာကိုယ် အစိတ်အပိုင်း ဓါတ်ပုံ

☐ ကျေးရွာ (သို့) နယ်မြေ ရဲစခန်းမှတ်တမ်း (သို့) ထောက်ခံစာ

Chubb Life မှသင့်ခံစားခွင့်အား အတည်ပြုပြီးနောက် ပိုက်ဆံအား ဘဏ်သို့တိုက်ရိုက်လွှဲစေလိုပါက အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။

ဘဏ်အမည် _____ ဘဏ်စာရင်းပိုင်ရှင် အမည် _____

ဘဏ်စာရင်းအမှတ် _____

အပိုင်း (၅) - Chubb Life Insurance Myanmar Limited ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြေငြာချက်

ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်

Chubb Life Insurance Myanmar Limited (“CLIM”) သည်သင်၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုများ ကို ကာကွယ်ရန် အစဉ်အားထုတ်လျက်ရှိပါသည်။ CLIMသည် သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပြည်ထောင်စုသမ္မတ မြန်မာနိုင်ငံတော် ဥပဒေနှင့် စည်းမျဉ်းများနှင့် CLIM မှချမှတ်ထားသော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာပေါ်လစီများနှင့်အညီ စုဆောင်းရန်၊ အသုံးပြုရန်နှင့်ကိုင်တွယ်ရန်သဘောတူပါသည်။ သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များကို CLIM သို့မဟုတ် CLIMမှ သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်လိုက်သော မည်သည့်တတိယပုဂ္ဂိုလ် / အဖွဲ့အစည်း မဆို သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံဆိုပြုချက်များ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရပိုင်ခွင့်များကို အကဲဖြတ်ရန် နှင့် အကယ်၍ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံချက်ကို လက်ခံပြီးပါက၊ အကျိုးခံစားခွင့်များကို စီမံခန့်ခွဲရန် နှင့် အာမခံဝန်ဆောင်မှုအမျိုးအစားများ တီထွင်ခြင်း နှင့် သုတေသန ပြုလုပ်ခြင်း စသည်တို့အတွက် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာသတင်းအချက်အလက်များတွင် - (က)သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုချက်နှင့် သက်ဆိုင်သော မည်သည့်သတင်းအချက်အလက်မဆို၊ (ခ)ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ထိခိုက်လွယ်သော သတင်းအချက်အလက်များ ဖြစ်သော သင်၏ကျန်းမာရေးဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း၊ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်၊ သင်လက်ခံရရှိခဲ့သည့်ကုသမှု၊ သင်မှီဝဲခဲ့သော (သို့) မှီဝဲနေရသော ဆေးဝါးများ၊ သင်၏ကျန်းမာရေးအာမခံအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံမှုရာဇဝင် နှင့် အခြားသောသတင်းအချက်အလက်များ၊ (ဂ) သင် CLIM သို့မဟုတ်ငင်း၏တတိယအဖွဲ့အစည်း ကန်ထရိုက်တာများ ထံပေးသောအခြားကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များ၊ (ဃ) အကျိုးခံစားခွင့်နှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ၊ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခဲ့သည့် မှတ်တမ်းအစရှိသည်တို့အပါအဝင် အာမခံပေါ်လစီများနှင့်စပ်လျဉ်းသည့် သတင်းအချက်အလက်များ၊ (င) ရာထူး၊ အလုပ်အကိုင်ကာလ၊ လုပ်ခ၊ အလုပ်ချိန်နှင့် အလုပ်တာဝန်များအပါအဝင် သင်၏အလုပ်အကိုင်အသေးစိတ် (စ) သင်၏ ဝင်ငွေ၊ ပိုင်ဆိုင်မှု၊ ကြွေးမီတာဝန်တင်ရှိမှု နှင့် ကြွေးမီပေးဆပ်နိုင်မှုနှင့်ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်၊ (ဆ) သင်၏ အကျိုးခံစားထိုက်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အား ဆက်လက် ရပိုင်ခွင့် နှင့် သက်ဆိုင်သော သတင်းအချက်အလက်များသိရှိသူ တတိယပုဂ္ဂိုလ် (သို့) အဖွဲ့အစည်းမှ သတင်းအချက်အလက်များ အစရှိသည်တို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံချက်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ CLIM သည် တတိယပုဂ္ဂိုလ်များ ဖြစ်ကြသော သင်၏ အာမခံပွဲစား၊ အကျိုးခံစားခွင့် ရည်ညွှန်းဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများ၊ အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများ (ဥပမာ၊ အခွန်ရုံးများ၊ လူမှုဖူလုံရေး ဌာန)၊သင်၏ဆရာဝန် (သို့) သင့်အားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၊ CLIM ၏ မူခင်းစာရင်းကိုင် (သို့) စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူး၊ သင့်အလုပ်ရှင်များ (ယခင် နှင့် ယခု)၊ သင့်စာရင်းကိုင်၊ သင့်စီးပွားရေး နှင့် ပတ်သက်ပြီး သတင်းအချက်အလက်ရယူနိုင်သော လုပ်ငန်းများ (သို့) သင်ဒေါလီခံခဲ့ဖူးပါက သင့်ပိုင်ဆိုင်မှုများကို ယုံမှတ်လွှဲအပ်ခံရသူနှင့်ပတ်သက်ပြီး သတင်းအချက်အလက် ပေးနိုင်သော လုပ်ငန်း အဖွဲ့အစည်းများ ထံမှ သင့်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ရယူရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

CLIM သည်ကျန်းမာရေးနှင့် ထိခိုက်လွယ်သော သတင်းအချက်အလက်များအပါအဝင် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို Chubb Group of Companies အောက်ရှိကုမ္ပဏီများ၊ အခြားအာမခံသူများ၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ပြန်လည်အာမခံသူများ၊ CLIM (သို့) Chubb Group of Companies အောက်ရှိအခြား ကုမ္ပဏီများ အား ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော တတိယပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများသို့ ပေးအပ် ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။

CLIM သည်သင်၏ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို တရားဥပဒေအရ လိုအပ်ပါက ရဲတပ်ဖွဲ့ အပါအဝင် အခြား အစိုးရ ဌာနများသို့လည်း ပေးအပ်ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ ဤအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက် နှင့် နောက်ဆက်တွဲပါ ကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြောငြာချက် ကို သဘောမတူပါက သို့မဟုတ် သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည် ရုတ်သိမ်းပါက CLIM သည်သင့်အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းကို လက်ခံဆောင်ရွက်နိုင်မည် မဟုတ်ပါ။ သင်၏ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်မိတ္တူ တောင်းဆိုလိုပါက (သို့) သင်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပြင်ဆင်မွမ်းမံလိုပါက+959750066900 သို့မဟုတ် email CustomerService.myanmarlife@chubb.com သို့ အီးမေးလ်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့်ပြုခြင်းနှင့် ကြောငြာချက်

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM မှ မိမိ၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်း၍ စုံစမ်းစစ်ဆေးမေးမြန်းခြင်း နှင့် အကဲဖြတ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်းသော အထောက်အထားများလက်ခံခြင်းသည် CLIM ဘက်မှ တာဝန်တစ်စုံတစ်ရာလက်ခံသည်ဟု အဓိပ္ပါယ်သက်ရောက်မှုမရှိကြောင်း နှင့် အာမခံပေါ်လစီအရ ပေါ်ပေါက်လာသည့် ၎င်း၏ အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး ခုခံကာကွယ်တောင်းဆိုပိုင်ခွင့် အခွင့်အရေးအား စွန့်လွှတ်လိုက်သည်ဟု အဓိပ္ပါယ်သက်ရောက်မှုမရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM မှကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို CLIM မှ ချမှတ်ထားသောကိုယ်ရေးကိုယ်တာပေါ်လစီများ နှင့် ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားချက်များအတိုင်း အသုံးပြုခြင်း၊ ထုတ်ဖော်ခြင်းတို့ကို သဘောတူပါသည်။စာရွက်စာတမ်းများအကြား ကွဲလွဲအငြင်းပွားခြင်းဖြစ်ပါက ဤစာရွက်စာတမ်းသည် အတည်ဖြစ်မည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံလွှာ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက် တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများ အပါအဝင် အခြား ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းများကို CLIM ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးခံစားခွင့် ရပိုင်ခွင့် နှင့် တောင်းခံခြင်းတို့အတွက် လိုအပ်သည်ဟု သတ်မှတ်ထားသော ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအပါအဝင် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရန်အတွက် ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မိမိ၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းအား စစ်ဆေးခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍ အကောင်းဆုံးကြိုးစားပြီး CLIM အားလိုအပ်သောအကူအညီပေးပြီး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ပေးပို့သော သတင်းအချက်အလက်တို့သည် တိကျမှန်ကန်မှုရှိပြီး အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်လွှာ လက်ခံဆောင်ရွက်ခြင်းပေါ်တွင် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည့် မည်သည့် အချက်အလက်ကိုမဆို ထိခိုက်ချက်ရှိစေခြင်းမရှိကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်အားလုံးကို မဖော်ပြပါက သို့မဟုတ် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်တို့သည် မှားယွင်းမှုရှိနေပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းကို ငြင်းပယ်ခြင်းခံရနိုင်သည်ကို သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် CLIM အား ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်စား ဤစာရွက်စာတမ်းတွင်ဆောင်ရွက်ခွင့်ပေးထားသောဖော်ပြပါ ဆောင်ရွက်ချက်များကို လိုအပ်သလို အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ရန် နှင့် ဤကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ပြောခွင့်ပြုနိုင်ရန် လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများအား သို့မဟုတ် ပြုလုပ်မှု တရပ်ရပ်အား ဆောင်ရွက်ရန် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းသူ လက်မှတ်	ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ လက်မှတ်
.....	
အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းသူ အမည် - _____	ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ အမည် - _____
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်/ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ် - _____	ကိုယ်စားလှယ် အမှတ် - _____
	ရုံးခွဲနံပါတ် - _____
နေ့စွဲ - ____/____/____	