

ပေါ်လစီပိုင်ရှင်မှ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ အမည်ပြောင်းလဲခြင်း

*ဤအဆိုပြုလွှာအား ပေါ်လစီပိုင်ရှင်မှ ဖြည့်စွက်ရန်

ပေါ်လစီအမှတ် - _____ ပေါ်လစီထုတ်ပေးသည့်နေ့စွဲ - _____
ပေါ်လစီပိုင်ရှင်အမည် - _____
အာမခံထားသူအမည် - _____

အထက်ပါပေါ်လစီ၏ ပိုင်ရှင်ဖြစ်သူ ကျွန်ုပ် _____ သည်အထက်ဖော်ပြပါပေါ်လစီနှင့်စပ်လျဉ်း၍ ယခင်က အဆိုပြုခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ/သူများကို ပယ်ဖျက်ပြီးနောက် အောက်တွင်ဖော်ပြသည့် အတိုင်း အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ/သူများကို Chubb Life Insurance Myanmar Co.,Ltd (“CLIM”) မှသတ်မှတ်သည့် နေ့မှစ၍ အဆိုပါပေါ်လစီ၏ အခွင့်အရေး၊ စည်းကမ်းနှင့် သတ်မှတ်ချက်များနှင့်အညီ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဖော်ပြထားသည့် အချိုးခွဲဝေမှုအတိုင်း ခံစားစေပါသည်။

အမည် (မြန်မာ နှင့် အင်္ဂလိပ် နှစ်မျိုးရေးရန်)	မှတ်ပုံတင်အမှတ်	မွေးနေ့	အာမခံထားသူ နှင့် တော်စပ်ပုံ	လိပ်စာ	အချိုး %

- ကျွန်ုပ်သည် ဤပြင်ဆင်ချက်များသည် Chubb Life Insurance Myanmar Limited (CLIM) ရုံးတွင် မှတ်တမ်းတင်ပြီးမှသာ အကျိုးဝင်မည်ကို သိရှိပါသည်။ မှတ်တမ်းတင်ပြီးပါက အကျိုးဝင်မည့် နေ့စွဲမှာ အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးရေးသားထားသည့် နေ့စွဲဖြစ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အချို့ပေါ်လစီတွင် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအား ပြောင်းလဲလိုပါက ပေါ်လစီစာချုပ်ပေါ်တွင် အတည်ပြုရန်လိုအပ်သည်ကိုသိရှိပါသည်။ ဤအဆိုပြုလွှာအားလက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် CLIM အားယခုပြင်ဆင်ချက် အပြင် အနာဂတ်ပြင်ဆင်ချက်များရှိလာပါက ပေါ်လစီစာချုပ်ပေါ်တွင် အတည်ပြုရန် လိုအပ်ချက်ကို ပယ်ဖျက်နိုင်ရန် သဘောတူခွင့်ပြုပြီး၊ CLIM အား ၎င်း၏ လုပ်ပိုင်ခွင့်အပြည့်အဝအတိုင်း ပြင်ဆင်မှုကိုဆောင်ရွက်ရန် လျှောက်ထားပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ပေါ်လစီ၏ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ ပြောင်းလဲခြင်း အဆိုပြုလွှာအား မည်သည့်လွှဲပြောင်းမှုမျှမရှိပဲ၊ မိမိ၏ သဘောဆန္ဒအတိုင်း အမှန်တကယ်ပြောင်းလဲချင်မှုအရ ပြုလုပ်ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ပေါ်လစီပိုင်ရှင် လက်မှတ်

ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ လက်မှတ်

.....
ပေါ်လစီပိုင်ရှင် အမည် - _____
မှတ်ပုံတင်အမှတ် - _____
နေ့စွဲ - ____/____/____

.....
ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ အမည် - _____
ကိုယ်စားလှယ် အမှတ် - _____
ရုံးခွဲနံပါတ် - _____

*ဤအဆိုပြုလွှာနှင့်အတူ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ/သူများ ၏မှတ်ပုံတင် ဖိတ္တူများ (ရှိပါက)ပူးတွဲတင်ပြရန်လိုအပ်ပါသည်။