

MEMBER DECLARATION FOR CASHLESS CLINIC/ HOSPITAL VISIT

Terms & Conditions

Patient name (လူနာအမည်)	Khin Mye Mie Aung
NRC/passport (မှတ်ပုံတင်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် အမှတ်)	13/ ၁၂၈၁ (N) ၀၆၀၄၀၀
Name of employer (ကုမ္ပဏီအမည်)	Dai-ichi Life
Appointment/Admission date (ချိန်းဆို/ပြသရက်)	19. 12. 2024

- I am fully aware that the coverage for my visit to the panel clinic or hospital is subject to the benefits, exclusions, criteria, process and submission requirements and other terms and conditions of my health insurance policy or employee benefits plan.
- I accept that any preliminary indications of coverage that may have been provided to me by Ulink Assist Myanmar are based on the information provided to Ulink Assist Myanmar at the time and will be subject to final approval by Ulink Assist Myanmar.
- I hereby declare and acknowledge that I shall be liable in full for any excess amount or any non-covered charges in the event that the cost for the clinic visit, admission or surgical treatment exceeds the entitlement as stated in my health insurance policy or employee benefits plan or the medical condition and charges are not covered under the policy terms.
- I hereby undertake to pay to Ulink Assist Myanmar in full any excess amount or non-covered charges within 7 business days from the date of recovery notification.
- I further authorise Ulink Assist Myanmar, including its associate companies, partners and affiliates to have access , to use, to receive and to share for valid purpose such reports and/or information from the above-named medical provider for the purpose of evaluating and providing my medical care, assistance services or healthcare benefits administration services, as well as to coordinate, assess and determine my entitlements, benefits and/or reimbursements in connection with my coverage under my

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

လက်မှတ်	<i>on behalf of</i>	ဤတောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သောနေ့	19/11/24.
အာမခံထားသူ၏ အမည်	<i>Khin Mie Mie Aung</i>	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါက)*	

ဤ LOG တောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သူ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟကြေညာပါသည်။

(က) ကျွန်ုပ်သည် လူနာ (သို့မဟုတ်) လူနာ၏ မိဘ (သို့မဟုတ်) အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသည် (အသက် ၁၈ နှစ်အောက် လူနာဖြစ်ခဲ့လျှင်)


(ခ) ဤ LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိရှိထားသမျှ ဖြည့်စွက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

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 ၎င်း၏မိတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အဖွဲ့အစည်းများထံ လိုအပ်သလို ပေးအပ်ရန်အတွက် 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 ၎င်း၏မိတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အဖွဲ့အစည်းများကို အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။

(င) ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုအတွက် အကျိုးဝင်၊ အတည်ပြုထားသော ဆေးကုသစရိတ်များကို သက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်း/ဆေးရုံနှင့် တိုက်ရိုက်ပေးချေသည့် နေရာတွင်သာ ဤတောင်းခံလွှာပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည့်အကြောင်း သိရှိနားလည်ပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏထက် ပိုများနေသည့် ဆေးကုသစရိတ် နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သော ဆေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရရှိလျှင်) 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။

၆။ အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံမှုနှင့် ပတ်သက်၍ အဆင်မပြေမှုများ၊ အငြင်းပွားဖွယ်ရာ ကိစ္စရပ်များ ပေါ်ပေါက်လာပါက healthclaim@daichilife.com.mm သို့ ကျေးဇူးပြု၍ ဆက်သွယ်တိုင်ကြားပေးပါ။ ထိုတိုင်ကြားချက်တွင် သက်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းအားလုံးအပါအဝင် အခြေအနေ အသေးစိတ်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။ လူကြီးမင်း၏ တိုင်ကြားချက်ကို သေချာစွာ စုံစမ်းစစ်ဆေးမည် ဖြစ်ပြီး အခြေအနေ ဖြစ်ပေါ်တိုးတက်မှုများကို အချိန်နှင့်တပြေးညီ လူကြီးမင်းထံ အသိပေးသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

Signature of a member (Individual Life Insured) (တစ်ဦးချင်း အသက်အာမခံထားသူ၏ လက်မှတ်)		Name of a member (Individual Life Insured) (တစ်ဦးချင်း အသက်အာမခံထားသူ၏ အမည်)	မာဇီဖီဒီဒေါင်
		Date (ရက်စွဲ)	၁၃.၁၁.၂၀၂၄

ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း

- Dai-ichi 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။



16-09, Office Tower 2, Times City, Hanthawaddy Road, Kamayut Township, 11041, Yangon, Myanmar

PRE-ADMISSION FORM FOR LOG

ဆေးရုံတက်ရောက်ရန် LOG (Letter of Guarantee) တောင်းခံလွှာ

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

- (က) LOG ထုတ်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များ အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ။
- (ခ) လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်း အားလုံးကို တင်ပြပါ။
- (ဂ) ဆေးရုံတက်ရောက်ရမည့် ရက်ပေါင်း (ခန့်မှန်း) နှင့် ဆေးရုံတက် ကုန်ကျစရိတ် (ခန့်မှန်း)
- (ဃ) မတူကွဲပြားသော ဆေးရုံတက်ရောက်မှု/နာမကျန်းမှု/ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ရမှုများအတွက် သီးခြားတောင်းခံလွှာများကို အသုံးပြုတင်ပြပေးပါ
- (င) 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	Khin Mie Mie Aung
ပေါ်လစီအမှတ်	
မှတ်ပုံတင်အမှတ်	12/09NCN2050400
မွေးသက္ကရာဇ် အပြည့်အစုံ	၃. ၁၁. ၁၉၉၃
ဆေးရုံတက်ရောက်မည့်နေ့	၁၉. ၁၁. ၂၀၂၄
ဆေးရုံအမည်	Arku
ဆရာဝန်၏ အမည်	On duty
အခန်း အမျိုးအစား/ Ward အမျိုးအစား	

(ခ) ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ

အီးမေးလ်	khin.mm.aung@dai-ichi-life.com.mm
ဖုန်းနံပါတ်	09765424508

health insurance policy or employee benefits plan.

- In the event that there's complaint or dispute regarding the claim assessment, in the first instance please contact healthclaim@daiichilife.com.mm. Please ensure you provide us with all the relevant correspondence, documentation, evidence and situation details when you lodge your complaint. Your complaint will be thoroughly considered and investigated, and we will keep you informed of any appropriate developments.

စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များ

- ၁။ Ulink Assist Myanmar နှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံတွင် လာရောက်ကုသမှုအတွက် ရရှိမည့် အကျိုးခံစားခွင့်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံပေါ်လစီ/အစုအဖွဲ့ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်တွင် ဖော်ပြထားသော အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များ၊ စံသတ်မှတ်ချက်များ၊ လုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် အခြားသော စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း၊ သတ်မှတ်ချက်များအပေါ် မူတည်နေသည်ကို သိရှိပါသည်။
- ၂။ ကျွန်ုပ်အား Ulink Assist Myanmar မှ ပေးသော အကာအကွယ် အကျိုးခံစားခွင့်၏ ကနဦး ညွှန်ပြချက်များသည် ကျွန်ုပ်က Ulink Assist Myanmar သို့ ပေးသော အချက်အလက်များအပေါ်တွင် အခြေခံကြောင်းနှင့် Ulink Assist Myanmar ၏ နောက်ဆုံးအတည်ပြုချက်အပေါ်တွင် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိမည်ကို လက်ခံပါသည်။
- ၃။ ကျွန်ုပ်၏ ဆေးခန်းပြသခြင်း၊ ဆေးရုံတက်ခြင်း ကုန်ကျစရိတ်/ ခွဲစိတ်ကုသမှု ကုန်ကျစရိတ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံပေါ်လစီ/အစုအဖွဲ့ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ်တွင် ဖော်ပြထားသည့် အကျိုးခံစားခွင့်ထက် ကျော်လွန်နေပါက (သို့မဟုတ်) ပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များအရ အကျိုးခံစားခွင့် မရှိသည့် အခြေအနေနှင့် ကုန်ကျစရိတ်များ ဖြစ်နေပါက ပိုလျှံငွေ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် မရှိသည့် အခြေအနေများအတွက် ကျွန်ုပ်က အပြည့်အဝ ငွေပေးချေ/တာဝန်ယူရမည်ကို သိရှိနားလည်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။
- ၄။ ပိုလျှံငွေ သို့မဟုတ် အာမခံပေါ်လစီအရ အကျိုးခံစားခွင့် မရှိသည့် အခြေအနေများအတွက် ကျသင့်ငွေကို ပြန်လည်ပေးရန် အကြောင်းကြားသည့်နေ့မှ ရုံးဖွင့်ရက် (၇)ရက်အတွင်း Ulink Assist Myanmar ထံ ပြန်လည်ပေးချေမည် ဖြစ်ပါကြောင်း တာဝန်ယူကတိပြုပါသည်။
- ၅။ ကျွန်ုပ်သည် Ulink Assist Myanmar နှင့် ၎င်း၏ တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များအား အထက်ပါ ဆေးဖက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများမှ ခိုင်လုံသော ရည်ရွယ်ချက်အတွက် အကဲဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုသည်။ ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးကျေးဇူးများကို စီမံခန့်ခွဲရန်နှင့် အကာအကွယ်ပေးရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အာမခံပေါ်လစီ သို့မဟုတ် အစုအဖွဲ့ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်၏ အကာအကွယ်ပေးမှုများနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အကဲဖြတ်ရန်နှင့် ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ဖြစ်သည်။

PART (2) - TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

Section A: Medical details

- a) Diagnosis / Provisional Diagnosis - Dog bite (Rabies Vaccination 4th dose.)
- b) Is 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
<u>25/10/24.</u>
Estimated date of onset of symptoms
<u>Since Oct 2024.</u>
Duration of symptoms
<u>22</u>
Description of signs and symptoms

d) Can the condition be managed under Outpatient basis?

☒ YES ☐ NO

If YES, please provide reason for this hospitalisation

- e) 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.

- f) Name of surgery or procedure (if applicable)

--

- g) Estimated length of stay in hospital
-

- h) Estimated hospital cost

--

- i) 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


- j) 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:

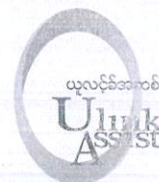
- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) All information on this pre-admission 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	DR. THEINT HAYMAN KYAW	Doctor's Signature	
Medical License No. (or) Stamp of Doctor	DR. THEINT HAYMAN KYAW M.B.,B.S (Ygn) SAMA-43610	Date of declaration	

ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း

- Dai-ichi 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။



16-09, Office Tower 2, Times City, Hanthawaddy Road, Kamayut Township, 11041, Yangon.