

MEMBER DECLARATION FOR CASHLESS CLINIC/ HOSPITAL VISIT

Terms & Conditions

Patient name (လူနာအမည်)	
NRC/passport (မှတ်ပုံတင်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် အမှတ်)	
Name of employer (ကုမ္ပဏီအမည်)	
Appointment/Admission date (ချိန်းဆို/ပြသရက်)	

- 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

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။

၆။ 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။

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

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.