



C E Y L I N C O L I F E

Ceylinco Life Insurance Limited

Ceylinco Life Tower, No. 106, Havelock Road, Colombo 5, Sri Lanka. Co. Reg. No. PB5183
Tel: (+94) 11 2461000, 2461461 Fax: (+94) 11 2555959. Website: www.ceylincolife.com E-mail: service@ceylife.lk

සෙලින්කෝ ලයිෆ් හොස්පිටල් කැෂ් / සෙලින්කෝ ලයිෆ් මේජර් සර්ජරි / සෙලින්කෝ ලයිෆ් ෆැමිලි ජිනසරි
ප්‍රතිලාභ/ය සඳහා සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනය

යෝජනා පත්‍ර අංකය

| | | | |
|--------------------------|---|---------------|----------------------|
| ප්‍රමාණයේ නම | <input type="text"/> | | |
| උපන් දිනය | <input type="text"/> | වයස | <input type="text"/> |
| ලිපිනය | <input type="text"/> | | |
| පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයාගේ නම | <input type="text"/> | | |
| දුරකථන අංකය | <input type="text"/> | ඊ මේල් ලිපිනය | <input type="text"/> |
| අපේක්ෂිත ප්‍රතිලාභ | <input type="text"/> | | මුදල |
| | සෙලින්කෝ ලයිෆ් ෆැමිලි ජිනසරි ජලස් (නව) ප්‍රතිලාභය | | |
| | සෙලින්කෝ ලයිෆ් හොස්පිටල් කැෂ් ප්‍රතිලාභය (දෛනික) | | |
| | සෙලින්කෝ ලයිෆ් මේජර් සර්ජරි ජලස් ප්‍රතිලාභය | | |

- ඔබේ දරුවා කිසියම් මානසික හෝ කායික දුබලතාවකින් හෝ ඒකාබද්ධව නොපෙළී මනා සෞඛ්‍ය තත්ත්වයකින් සිටින්නේද? ඔව් නැත
- ඔබේ දරුවා පහත සඳහන් කවර හෝ තත්ත්වයකින් යම් දිනෙක පෙළී ඇත්ද? නැතහොත් දැනට පෙළෙන්නේද?
 - රුධිර සංසරණ පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: හෘද ආබාධ, රුමටික් උණ, අධික රුධිර පීඩනය, ධමනි හෝ ශිරා රෝග, හදවතේ සිදුරු, වහිරකන්දක ආරෝධයනය, කිරිටක ධමනි ආබාධ, හෘද කපාට අසාමාන්‍යතා, මනා ධමනි ආබාධ ප්‍රාථමික පුද්ගලික ධමනි අත්‍යන්තිය)
 - ශ්වසන පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: ක්‍රමය රෝගය, ඇදුම්, නිරන්තර කැස්ස, හිසුමෝනියාව, කාලික පෙනහළු ආබාධ)
 - මුත්‍ර මාර්ග හා ප්‍රජනක පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: වකුගඩුවල, මුත්‍රා මාර්ගවල, මුත්‍රාශයේ හෝ ප්‍රජනක ඉන්ද්‍රියවල ආසාදන, වකුගඩු හෝ මුත්‍රා මාර්ගයේ ගල්, වෘක්ක අකරණය, ලිංගිකව පැතිරීය හැකි රෝග)
 - ආහාර මාර්ගයේ රෝගවලින් (උදාහරණ: ජීර්ණ ආබාධ, ආමාශයේ හෝ ග්‍රහනියේ තුවාල, අක්මාවේ හෝ පිත්තාශයේ ආබාධ, සංගමාලය, ශාකානුප්‍රදාහය, කාලික අක්මා ආබාධ)
 - ස්නායු පද්ධතියේ හෝ මානසික ආබාධවලින් (උදාහරණ: අපස්මාරය, වලිප්පුව, ක්ලාන්තය, නිතර ඇතිවන හිසරදය, මානසික බිඳවැටීම්, උමතු, ආකාතය, අංශාගය, බහුච්චි පාරාධ්‍යය)
 - දියවැඩියාව, පිලිකාව, මොංශපේශි වැහැරීයාව, බරපතල පිලිප්පුම්, කනාකිරීමේ නොහැකියාව, ප්ලිහාවේ හෝ ඇස්වල හෝ කන්වල රෝගයකින්/රෝගවලින්
 - ඊ නින්දෙහි අසාමාන්‍ය දහඩිය දැමීම සහ/හෝ බර අඩුවීම, පවත්නා උණ, අබණ්ඩ හෝ පවත්නා පාවනස
 - ඉහත සඳහන් නොවන යම්කිසි රෝගයකින් හෝ ආබාධයකින්
- ඔබේ දරුවාට කවර දිනෙක හෝ ආරෝග්‍යශාලා ගතවීමට හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වීමට හෝ ප්‍රධාන ඉන්ද්‍රියයක් රෝපණය කිරීමට සිදුවීද? නැතහොත් උපදෙස් ලැබීද? ඔව් නැත
- පසුගිය වර්ෂ පහ (5) තුළදී සාමාන්‍ය පරිඝණයක් සඳහා රුධිර පරිඝනාවක් සඳහා හෝ ශාරීරික/ප්‍රමා රෝග/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙකු වෙත ඔබගේ දරුවාට යන්නට සිදුවීද? ඔව් නැත
- ඔබගේ දරුවාට ජීවිත රක්ෂණයක් යටතේ ප්‍රතිලාභ හිමිකමක් කවර කලෙක හෝ ලැබී ඇත්ද? නැතහොත් දැනට ලැබෙන්නේද? ඔව් නැත
- ඔබගේ දරුවාට හොස්පිටල් කැෂ් ප්‍රතිලාභය හෝ සෙලින්කෝ මේජර් සර්ජරි ප්‍රතිලාභය හෝ ෆැමිලි ජිනසරි ප්‍රතිලාභය මීට පෙර ජීවිත රක්ෂණ ඔප්පුවක් සඳහා ඇතුළත් කර තිබේ ද? එසේ නම් ඔප්පු අංකයන් සඳහන් කරන්න. ඔප්පු අංක:
- ඔබගේ දරුවාගේ රක්ෂණය පිලිබඳ යෝජනා පත්‍රයක් කවර දිනෙක හෝ ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබ හෝ කල් දමා ඇත්ද? නැතහොත් අතිරේක වාරිකයකට යටත් කර පිලිගනු ලැබීද? ඔව් නැත
- ඔබගේ දරුවා පසුගිය මාස දොළහ (12) තුළදී දුම්පානය කර ඇත්ද? ඔව් නැත
 - ඔහු/ඇය දැනට දුම්පානය කරන්නේද? ඔව් නැත
 - ඔබගේ දරුවා කෙදිනක හෝ මත්ද්‍රව්‍ය හෝ මත් බෙහෙත් භාවිත කර තිබේද? නැතහොත් දැනට භාවිතා කරන්නේද? ඔව් නැත
 - ඔහු/ඇය බීර, වයින හෝ මත්පැන් පානය කරන්නේද? (එසේ නම් දෛනිකව භාවිතා කරන ප්‍රමාණය දැක්වන්න) ඔව් නැත

9.1 ඔබගේ දරුවා අවදානම් සහිත චිතෝද්‍රංශ ක්‍රියාවක, හමුදා සේවයෙහි හෝ හමුදාවට සම්බන්ධ වෙනත් සේවයක නියුක්ත වීමට අදහස් කරන්නේද?

| | |
|-----|-----|
| ඔව් | නැත |
|-----|-----|

9.2 ඔබගේ දරුවා කෙදිනක හෝ කිසියම් සාපරාධී ක්‍රියාවක් හෝ නිතහනුකූල නොවන ක්‍රියාවක් සම්බන්ධයෙන් දඬුවම් ලබා තිබේද?

| | |
|-----|-----|
| ඔව් | නැත |
|-----|-----|

9.3 ඔබගේ දරුවා සම්බන්ධයෙන් කිසියම් නඩුවක් දැනට ඒකාග වෙමින් පවතීද?

| | |
|-----|-----|
| ඔව් | නැත |
|-----|-----|

ඉහත සඳහන් ප්‍රශ්න 2 සිට 9 දක්වා පිළිතුරු 'ඔව්' වශයෙන් කවර තැනක හෝ තැන්වල සඳහන් වේ නම් ඒ පිළිබඳ සියලු විස්තර (දින, කාලසීමාව ප්‍රතිකාර, ප්‍රමා/ආරීරික/ඉලස වෛද්‍යවිරුද්ධයේ නම් සහ ලිපිනයන්) මෙහි පහත සඳහන් කර අත්සන් කළයුතු ය.

| |
|-------|
| අත්සන |
|-------|

ප්‍රකාශනය

ඉහත අසා ඇති ප්‍රශ්නවලට අප විසින් කරන ලද ප්‍රකාශන සහ පිළිතුරු සම්පූර්ණ හා සත්‍ය බවින් අප දරුවාගේ රක්ෂණ ආවරණය සඳහා වීම ප්‍රකාශන සහ පිළිතුරු පදනම් වන බව දන්නා බවත්, ඒවා අප දරුවා සහ සෙලින්කෝ ලයිල් ඉන්ජුටරින්ස් ලිමිටඩ් අතර ගිවිසුමේ පදනම බවත් අපි දනිමු. මෙම රක්ෂණය සඳහා යෝජනාව අනුමත වීමට පෙර දරුවාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳව හෝ වෙනත් දැන සිටි කිසිම තොරතුරක් වසන් කර හෝ මෙහි කිසියම් අසත්‍ය කරුණක් අඩංගු වී හෝ තිබුණේ නම් සෙලින්කෝ ලයිල් ඉන්ජුටරින්ස් ලිමිටඩ් විසින් අප දරුවාගේ රෝගයක් හෝ අනතුරක් සම්බන්ධයෙන් කිසිම වගකීමක් භාරනොගන්නා බවත් අපි දනිමු.

අපි දරුවාගේ වෛද්‍යමය ඉතිහාසය පිළිබඳව හෝ වර්තමාන ප්‍රතිකාර පිළිබඳව හෝ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල පිළිබඳ සියලු තොරතුරු සෙලින්කෝ ලයිල් ඉන්ජුටරින්ස් ලිමිටඩ් වෙත නිරාවරණය කිරීම සඳහා කවර හෝ ආරීරික/ඉලස වෛද්‍යවිරුද්ධයට, හෙදියකට හෝ ආරෝග්‍යභාලා නිලධාරියෙකුට මිස් බලය පවරා සිටීමු.

වර්ෂ මස දින දී ය.

පියාගේ අත්සන 1.

මවගේ අත්සන 2.

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

සාක්ෂිකරුවන්: 1
මෙහි අත්සන් 1 / 2 මා ඉදිරියේ කළ බව මින් සහතික කරමි.

සාක්ෂිකරුවන්: 2 (විකුණුම් උපදේශක /)
මෙහි අත්සන් 1 / 2 හා සාක්ෂිකරුවන් මා ඉදිරියේ කළ බව මින් සහතික කරමි.

අත්සන

නම

ලිපිනය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

සංකේත අංකය