



(සැ:යු: මෙම ආකෘති පත්‍රය නිකුත් කිරීමෙන් වගකීම පිළිගැනීමක් තහවුරු නොකෙරෙයි.)

දිගාසිරි ප්‍රතිලාභ (බරපතල රෝග) හිමිකම් ඉල්ලුම්පත

(මෙම පෝරමය පිරවිය යුත්තේ ජීවිත රක්ෂිතයා හෝ හිමිකම් ඉල්ලුම්කරන්නා විසිනි.)

ඔප්පු අංකය: _____

1. ජීවිත රක්ෂිතයා/හිමිකම් ඉල්ලුම්කරන්නා පිළිබඳ විස්තර

(ජීවිත රක්ෂිතයා හෝ හිමිකම් ලාභියා බාලවයස්කරුවෙකුනම් අදාළ විස්තර භාරකර විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

- (අ) හිමිකම් ඉල්ලුම්කරන්නාගේ නම:
- (ආ) ජීවිත රක්ෂිතයාගේ නම:
- (ඇ) උපන් දිනය:
- (ඈ) රැකියාව:
- (ඉ) ලිපිනය:

2. හිමිකම් ඉල්ලීමට අදාළ විස්තර

- i. හිමිකම් ඉල්ලීමට සම්බන්ධ රෝග ස්වභාවය හා තත්ත්වය පිළිබඳ සවිස්තරාත්මකව තොරතුරු දක්වන්න.
- ii. මෙම රෝගය සම්බන්ධයෙන් ඔබ ප්‍රථම වරට වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා ගත්තේ කවදාද?
- iii. ඔබ මීට කලින් මෙබඳු රෝගයකින් හෝ වෙනත් රෝගයකින් පෙළුණේද? ඒ සම්බන්ධයෙන් ප්‍රතිකාර ගත්තේ ද? එසේ නම් අදාළ විස්තර පහත දක්වන්න.

ප්‍රතිකාරගත් දිනයන්	ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ සාක්ෂු නිවාසයේ නම	රෝගය/රෝග පිළිබඳ විස්තර

3. ලබාගෙන ඇති වෛද්‍ය උපදෙස් පිළිබඳ විස්තර

හිමිකමට අදාළ රෝගය සම්බන්ධයෙන් උපදෙස් හා ප්‍රතිකාර ලබා ගත් විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්, ශල්‍ය වෛද්‍යවරුන් හා වෙනත් වෛද්‍යවරුන් පිළිබඳ විස්තර පහතින් දක්වන්න.

- (අ) i. නම:
- ii. ලිපිනය:
- iii. ප්‍රතිකාර ලබාගත් දින/දිනයන්:
- (ආ) ප්‍රතිකාර ලබාගත් ආරෝග්‍යශාලාවේ/සාක්ෂු නිවාසයේ නම:
- (ඇ) ඊට ඇතුළත් වූ දිනය:
- (ඈ) පිටවූ දිනය:
- (ඉ) ඔබගේ පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයා ඉහත නම් සඳහන් අයගෙන් කෙනෙක් නොවේ නම් ඔහුගේ නම සහ ලිපිනය:

4. සාමාන්‍ය

- (අ) ඔබගේ ක්වීටු ඥාතීන් කිසිවෙක් ඔබට වැළඳී ඇති රෝගයෙන් හෝ ඊට සමාන රෝගයකින් පෙළී තිබේ ද? එසේ නම්
 - i. ඥාති සම්බන්ධතාවය:
 - ii. රෝගයේ ස්වභාවය:
 - iii. ප්‍රථමයෙන් රෝගය විනිශ්චය කරන ලද දිනය:
- (ආ) මෙබඳු ප්‍රතිලාභ සඳහා ඔබ විසින් වෙනත් ආයතනයකින් රක්ෂණයක් ලබා තිබේ ද? එසේ නම් විස්තර දක්වන්න
 - i. රක්ෂණ ආයතනයේ නම:
 - ii. ඔප්පු අංකය:
 - iii. රක්ෂිත ප්‍රතිලාභ ප්‍රමාණය:
- (ඇ) මෙබඳු රක්ෂණයක් යටතේ ඔබ විසින් කිසි දිනක ප්‍රතිලාභ ඉල්ලීමක් කර තිබේ ද?
- (ඈ) ඔබ දුම් පානය කරන්නේ ද? ඔව්/නැත "ඔව්" නම්,
 - i. දිනකට දුම්වැටි කොපමණ පානය කරන්නේ ද?
 - ii. ඔබ කොපමණ කලක් දුම් පානය කර තිබේ ද?

5. බැංකු ගිණුමේ විස්තර (අවශ්‍ය වුවහොත් පමණක්, හිමිකම් මුදල් බැරකිරීම සඳහා)

ගිණුම් අංකය :
 බැංකුව හා ශාඛාවේ නම :
 ගිණුම් හිමියාගේ නම :
 ජංගම දුරකථන අංකය :
 කරුණාකර ගිණුම් ප්‍රකාශනයේ/පාස්පොතේ ජායා පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න (මුල් පිටුව පමණි)

ප්‍රකාශනය

- (අ) සෑම ප්‍රශ්නයකටම මවිසින්ම පිළිතුරු සපයා ඇති බවත්,
- (ආ) මගේ සම්පූර්ණ විශ්වාසය හා දැනුම අනුව පිළිතුරු සර්ව ප්‍රකාරයෙන්ම සම්පූර්ණ හා සත්‍ය බවත්,
- (ඇ) මෙම හිමිකමට සම්බන්ධ කිසිම තොරතුරක් මවිසින් වසන් කර නොමැති බවත්, මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

එසේම:

- (අ) මගේ ශාරීරික හා මානසික තත්ත්වය පිළිබඳව කවරදාක හෝ මානට ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් හෝ
- (ආ) ආරෝග්‍යශාලාවකින් හෝ විධිදා වෙනත් වෛද්‍ය ආයතනයකින් හෝ
- (ඇ) මවිසින් ජීවිත රක්ෂණවරණයක් ලබාගෙන ඇති හෝ මගේ ජීවිතය වෙනුවෙන් රක්ෂණ යෝජනාවක් ඉදිරිපත් කර ඇති රක්ෂණ ආයතනයක් වෙතින් හෝ

විධිදා සියලු දෙනාගෙන්ම අවශ්‍ය විස්තර ලබාගැනීමට මෙයින් සෙලින්කෝ ලයිට් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත අයිතිය පවරණ අතර සෙලින්කෝ ලයිට් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත විධිදා විස්තර සැපයීමට විධිදා සියලු දෙනාටම මෙයින් බලය පවරමි.

දිනය _____ අත්සන _____
රක්ෂිතයා/හිමිකම් ඉල්ලුම්කරු

සාක්ෂිකරුවන්:

නම _____

ලිපිනය _____

අත්සන _____