CEYLINCO LIFE

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

හිමිකම් ඉල්ලුම් ප්‍රකාශනය (හොස්පිටල් කෑෂ්/මේජර් සර්ජරි/ ______________)
Claimant's Statement (Hospital Cash/Major Surgery/ ______________)
கோரிக்கையாளரின் வெளிப்படுத்துகை (ஹொஸ்பிட்டல் காஷ்/மேஜர் சேர்ஜரி/ ______________)

ඔප්පු අංකය / Policy or Contract No. / காப்புறுதி ஒப்பந்த இல.:

1. රක්ෂිතයාගේ නම: Life Assured's Name: ஆயுட் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரின் பெயர்:	
2. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන තැනැත්තාගේ/භාරකරුගේ නම හා ලිපිනය: Claimant's/Guardian's Name and Address: கோரிக்கையாளர்/பாதுகாவலரின் பெயரும் விலாசமும்:	
3. රෝගාතුර වූ/හදිසි අනතුර වූ දිනය: Date of commencement of illness/disability: நோய்/இயலாமை ஆரம்பித்த திகதி:	
4. රෝගයේ/හදිසි අනතුරේ ස්වභාවය (කෙටියෙන්): Nature of illness/injury (in brief): நோய்/காயத்தின் வகையை சுருக்கமாக தருக:	
5. ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝහලේ නම සහ ලිපිනය: Name and address of the Hospital: வைத்தியசாலையின் பெயரும் விலாசமும்:	
6. (i) රෝහල් ගතවූ දිනය/Date of Admission/அனுமதித்த திகதி	
(ii) රෝහලින් පිටවූ දිනය/Date of Discharge/விடுவித்த திகதி	
(iii) වාට්ටු අංකය/Ward No./வாட்டு இல.	
(iv) ඇඳ ඉහපත් අංකය/BHT No./தலைமாட்டுத் துண்டு இல.	

7. දැඩි සත්කාර ඒකකයේ ප්‍රතිකාර ගත්තේ නම් ඇතුලත් කළ දිනය/පිට කළ දිනය.
If admitted to Intensive Care Unit (ICU), Date of Admission and Date of Discharge.
தீவிர சிகிச்சை பிரிவுக்கு அனுமதிக்கப்பட்டிருந்தால் அனுமதித்த/விடுவித்த திகதிகள்

8. රක්ෂිතයා මෙම රෝගය/අනතුර සඳහා වෙනත් ඔප්පුවක් යටතේ ප්‍රතිලාභ ලැබීමට සුදුසුකම් ලබා තිබේද? ඔව්/නැත. එසේ නම් විස්තර සඳහන් කරන්න.
Is the life assured entitled to any claim from any other insurance policy in relation to this event? Yes/No, If so please give details.
இந்நிகழ்விற்காக வேறேதும் காப்புறுதி நிறுவனத்திலிருந்து கொடுப்பனவு ஒன்றைப் பெற ஆயுட் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவர் உரித்துடையவரா? ஆம்/இல்லை. ஆம் எனில் விபரங்கள் தருக.

9. බැංකු ගිණුමේ විස්තර(අවශ්‍ය වුවහොත් පමණක්, හිමිකම් මුදල් බැරකිරීම සඳහා)/Bank account details (For direct fund transfers, if necessary)/வங்கிக்கணக்கு விபரங்கள் (நேரடிப் பணப்பரிமாற்றம் தேவைப்படின்)
ගිණුම් අංකය/Account Number/கணக்கு இல:
බැංකුව හා ශාඛාවේ නම/Bank and Branch/வங்கியும் கிளையும்:
ගිණුම් හිමියාගේ නම/Account Holder's Name/கணக்கு உரிமையாளரின் பெயர்:

ජංගම දුරකථන අංකය/Mobile No./கையடக்க தொ.பே. இல:
කරුණාකර ගිණුම් ප්‍රකාශනයේ/පාස්පොතේ ඡායා පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න (මුල් පිටුව පමණි)/Please furnish us a photocopy of the statement / passbook (01st page only)/வங்கிக் கணக்குக் கூற்றின் பிரதியை ∴ வங்கிக்கணக்குப் புத்தகத்தின் பிரதியை∴இணைக்கவும். (1ம் பக்கம் மட்டும்)

ප්‍රකාශනය/Declaration/வெளிப்படுத்துகை

මා/අප විසින් ඉහත දැක්වූ ප්‍රකාශ සියල්ල නිවැරදි බවත්, මාගේ/අපගේ දැනුම හා විශ්වාසය අනුව සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුවරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මෙම හිමිකම් සම්බන්ධයෙන් සියලු කරුණු හා වෛද්‍ය වාර්තා ඉදිරිපත් කර ඇති බවත්, සඟවා කරුණු වසන් කර නොමැති බවත්, සහතික කරමි/කරමු.
තවද ඕනෑම වෛද්‍යවරයෙකුගෙන්, ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙකුගෙන්, රෝහලකින් හෝ සායනයකින් තොරතුරු ලබාගැනීමට හෝ යම් රක්ෂණ හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඕනෑම විස්තරයක් ලබාගැනීමට මම/අපි සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුවරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මින් බලය පවරමි/පවරමු.
I/We hereby declare that the above stated facts and statements are true to the best of my/our knowledge and belief and that I/We have not withheld from Ceylinco Life Insurance Limited any material information connected with this claim.
I/We consent to the company seeking information from any Medical Practitioner, Surgeon, Hospital or Clinic or from any Insurance Company or Organization and I/We authorise the giving of such information.
மேலே தரப்பட்ட தகவல்களும் கூற்றுக்களும் எனது/எமது அறிவுக்கெட்டிய வரையில் உண்மையெனவும், இக் கோரிக்கை சம்பந்தமான எந்தவொரு முக்கியமான தகவலையும் செலிங்கோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் லிமிட்ட் நிறுவனத்திற்கு மறைக்கவில்லை என்பதையும் நான்/நாம் இத்தால் வெளிப்படுத்துகின்றேன்/றோம்.
யாராவது வைத்தியத் தொழில் நடாத்துபவர், சத்திரசிகிச்சை நிபுணர் அல்லது ஏதாவது வைத்தியசாலை, மருத்துவமனை அல்லது ஏதாவது காப்புறுதி கம்பனி அல்லது நிறுவனமொன்றில் இருந்து தகவல்களைப் பெறுவதற்கு நான்/நாம் கம்பனிக்கு அதிகாரமளிக்கின்றேன்/றோம்.

____

රක්ෂිතයාගේ/හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුගේ/භාරකරුගේ අත්සන
Insured's/Claimant's/Guardian's Signature
காப்புறுதிதாரர்/கோரிக்கையாளர்/பாதுகாவலரின் கையொப்பம்

____

දිනය/Date/திகதி