



Ceylinco Life Insurance Limited, Ceylinco Life Tower, 106, Havelock Road, Colombo 5. Co. Reg. No. PB5183 Tel: (011) 2461461 E-mail: service@ceylifc.lk Web: www.ceylincolife.com

හිමිකම් ඉල්ලුම් ප්‍රකාශනය (හොස්පිටල් කැෂ්/මේජර් සර්ජරි/ _____)
 Claimant's Statement (Hospital Cash/Major Surgery/ _____)
 கோரிக்கையாளரின் வெளிப்படுத்துகை (ஹோஸ்பிட்டல் காஷ்/மேஜர் சேர்ஜரி/ _____)

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

| | |
|---|--|
| 1. රක්ෂිතයාගේ නම: Life Assured's Name: ஆயுள் காப்புறுதி செய்யப்பட்டவரின் பெயர்: | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| 2. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන තැනැත්තාගේ/තාරකරුගේ 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 தன்மை (சுருக்கமாக): | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| 5. ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝහලේ නම සහ ලිපිනය: Name and address of the hospital: வைத்தியசாலையின் பெயரும் விலாசமும்: | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 6. (i) රෝහලේ වූ දිනය/Date of hospitalisation/வைத்தியசாலையில் அனுமதித்த திகதி | |
| (ii) රෝහලින් පිටවූ දිනය/Date of discharge/விடுவித்த திகதி | |
| (iii) වාට්ටු අංකය /Ward No./வாட்டு இல. | |
| (iv) ඇද ඉහපත් අංකය /BHT No./தலைமாட்டுத் துண்டு இல. | |

| | |
|--|--|
| 7. දැඩි සත්කාර ඒකකයේ ප්‍රතිකාර ගත්තේ නම් ඇතුළත් කළ දිනය/පිට කළ දිනය: If admitted to an 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 a claim from any other insurance policy in relation to this event? Yes/No. If yes, please give details. இந்திகழ்விற்காக வேறேதும் காப்புறுதி நிறுவனத்திலிருந்து கொடுப்பனவு ஒன்றைப் பெற ஆயுள் 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)/வங்கிக் கணக்கு 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 ජායා පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න (මුල් පිටුව පමණි)/Please furnish photocopy of the statement / passbook (01st page only)/வங்கிக் கணக்குக் கூற்றின் பிரதியை /வங்கிக் கணக்குப் புத்தகத்தின் பிரதியை இணைக்கவும். (1ம் பக்கம் மட்டும்) | |
|--|--|

ප්‍රකාශනය/Declaration/வெளிப்படுத்துகை
 මා/අප විසින් ඉහත දැක්වූ ප්‍රකාශන සියල්ල නිවැරදි බවත්, මාගේ/අපගේ දැනුම හා විශ්වාසය අනුව සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මෙම හිමිකම් සම්බන්ධයෙන් සියලු කරුණු හා වෛද්‍ය වාර්තා ඉදිරිපත් කර ඇති බවත්, සත්‍ය කරුණු වසන් කර නොමැති බවත්, සහතික කරමි/කරමු.
 மெ/අප විසින් ඉහත දැක්වූ ප්‍රකාශන සියල්ල නිවැරදි බවත්, මාගේ/අපගේ දැනුම හා විශ්වාසය අනුව සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මෙම හිමිකම් සම්බන්ධයෙන් සියලු කරුණු හා වෛද්‍ය වාර්තා ඉදිරිපත් කර ඇති බවත්, සත්‍ය කරුණු වසන් කර නොමැති බවත්, සහතික කරමි/කරමු.
 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 organisation and I/we authorise the giving of such information.
 மேலே தரப்பட்ட தகவல்களும் கூற்றுக்களும் எனது/எமது அறிவுக்கெட்படி வரையில் உண்மையெனவும், இக் கோரிக்கை சம்பந்தமான எந்தவொரு முக்கியமான தகவலையும் செலிங்கோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் லிமிட்டட் நிறுவனத்திற்கு மறைக்கவில்லை என்பதையும் நான்/நாம் இத்தால் வெளிப்படுத்துகின்றேன்/நோம்.
 யாராவது வைத்தியத் தொழில் நடாத்துபவர், சத்திரசிகிச்சை நிபுணர் அல்லது ஏதாவது வைத்தியசாலை, மருத்துவமனை அல்லது ஏதாவது காப்புறுதி கம்பனி அல்லது நிறுவனமொன்றில் இருந்து தகவல்களைப் பெறுவதற்கு நான்/நாம் கம்பனிக்கு அதிகாரமளிக்கின்றேன்/நோம்.

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

දිනය/Date/திகதி



DOCTOR'S MEDICAL DECLARATION

01. Name of the patient: _____

02. Your diagnosis of illness/injury: _____

03. When were you first consulted for this illness/injury? _____

04. Has your patient suffered any previous episodes of the present illness/injury or any other kind of disability? If so, please provide details.

05. In your opinion, when do you think this ailment could have begun or been contracted?

06. Is the illness/disability treated, of congenital in nature? Yes/No

07. Was the patient under the influence of alcohol/narcotic(s) at the time of admission?

08. Please give details of treatment/surgical procedure? _____

09. Period of hospitalisation : _____
Date of admission : _____
Date of discharge : _____
BHT No. : _____

10. Details of ICU (Intensive Care Unit) Treatment?

Date of admission : _____
Date of discharge : _____

I, certify that I am the General Practitioner/Consultant/Surgeon of the patient referred to above and that the information I have supplied is true and correct.

Date

Signature and Official Stamp of
the GP/Consultant/Surgeon