



ජීවයාත්‍රා සදාකාලික පූර්ණ අඛණ්ඩතා ප්‍රතිලාභ/අර්ධ අඛණ්ඩතා ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීම

මජ්ඣ අංකය:

1. රක්ෂිතයා:

- (අ) සම්පූර්ණ නම
- (ආ) ලිපිනය
- (ඇ) දුරකථන අංකය

2. ජීවිත රක්ෂිතයා

- (අ) සම්පූර්ණ නම
- (ආ) ලිපිනය
- (ඇ) රැකියාව

3. අඛණ්ඩතාවේ ස්වභාවය (නිවැරදි පිළිතුරට ✓ ලකුණ යොදන්න.)

අඛණ්ඩතාව සිදුවූයේ කුමක් නිසාද? රෝගයක් හේතුවෙන් හදිසි අනතුරක් හේතුවෙන්

4. අනුච්ච පිළිබඳ විස්තර (අඛණ්ඩතාව හදිසි අනතුරක් නිසා සිදුවූයේ නම්)

- (අ) දිනය
- (ආ) ස්ථානය
- (ඇ) පොලිස් ප්‍රදේශය
- (ඈ) එය පොලිසියට වාර්තා කළේද?

(එසේ නම්, වාර්තා කළ පොලිසියේ ස්ථානාධිපතිගෙන් ලබාගත් අදාළ වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් මෙම ඉල්ලුම්පතට අමුණා එවන්න. අනුච්ච (හදිසි අනතුර) පොලිසියට වාර්තා නොකළේ නම්, හේතු දක්වන්න)

(ඉ) අනතුරේ ස්වභාවය (කෙටියෙන් විස්තරයක් සපයන්න)

.....

(ඊ) තුවාල පිළිබඳ විස්තර (තුවාලවල ස්වභාවය සම්පූර්ණයෙන් විස්තර කළ යුතුය)

.....

5. රෝගය පිළිබඳ විස්තර (අඛණ්ඩතාව රෝගයක් නිසා සිදුවූයේ නම්)

- (අ) රෝගය පිළිබඳ කෙටි විස්තරයක්
-
-

(ආ) ඉහත රෝග විනිශ්චය ස්ථිර කිරීම සඳහා ඔබ වෛද්‍ය පරීක්ෂණවලට සහභාගි වූයේද? (එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර සපයන්න)

.....

(ඇ) රෝග ලක්ෂණ මුලින්ම හඳුනාගත්තේ කවදාද?

(ඇ) ඔබ විසින් මීට පෙර ඉහත රෝගය හෝ ඊට සමාන රෝගී තත්ත්වයකින් පෙළී ඇත් ද?

එසේ නම් ඇතුළත් කළ රෝහල, ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් ඇතුළත් සම්පූර්ණ විස්තරයක් සපයන්න. (මේ සම්බන්ධව ඔබ සතුව ඇති සියලුම වෛද්‍ය වාර්තා අප වෙත ඉදිරිපත් කරන්න.)

රෝහලේ/වෛද්‍යවරයාගේ නම	ලිපිනය	වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගත් දිනය/ රෝහල් ගතවූ දිනය
.....
.....

(ඉ) පසුගිය වසර 03 ඇතුළත දී අනෙකුත් රෝගාබාධ සඳහා ඔබට ප්‍රතිකාර කරන ලද පවුලේ වෛද්‍යවරයාගේ හා අනෙකුත් සියලුම වෛද්‍යවරුන්ගේ විස්තරයක් සපයන්න.

නම	ලිපිනය	වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගැනීමට හේතුව
.....
.....

6. රෝහල්ගතවීම් පිළිබඳ විස්තර (වර්තමාන අඛණ්ඩව සඳහා)

- (අ) ඔබ ආරෝග්‍යශාලාවකට ඇතුළත් කරන ලද්දේ ද? එසේ නම් කිනම් ආරෝග්‍යශාලාවටද?
- (ආ) ඔබ තවමත් ආරෝග්‍යශාලා ගතව සිටින්නේද?
- (ඇ) එසේ නොමැති නම් ආරෝග්‍යශාලාවෙන් පිටවූයේ කවදාද?
- (ඈ) ඔබගේ ඉල්ලීමට ආරෝග්‍යශාලාවෙන් පිටවූයේද?
- (ඉ) එසේ ඉල්ලීමට හේතු කවරේද?
- (ඊ) ඔබ දැන් ඔබගේ සාමාන්‍ය රැකියා/ව්‍යාපාර ආදියෙහි යෙදෙන්නේද?
- එසේ නම් කවදා සිටද?

(ඔබට සිදුවූ තුවාල/රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබාගත් ආරෝග්‍යශාලාව විසින් නිකුත්කරන ලද රෝග විනිශ්චය තුන්වූපතේ මුල් පිටපත් සමඟ ඡායාපිටපත් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරන්න.)

7. මෙම රෝගය හෝ හදිසි අනතුර නිසා ඔබට ඇති වී තිබෙන අකර්මන්‍යතාවන් හා අංග විකෘතින් පිළිබඳ සම්පූර්ණ විස්තර දක්වන්න.

.....

.....

.....

8. රැකියාව/මූල්‍ය තත්ත්වය පිළිබඳ විස්තර

- (අ) ඔබ නැවත රැකියාවේ යෙදීමට අදහස් කරන්නේද/එසේ නම් කවදා සිටද?
- (ආ) ඔබට සිදුවූ කුමන ආකාරයේ අඛණ්ඩතාවන්/අංග විකෘතින් නිසා ඔබට සුපුරුදු රැකියාව කරගෙන යා නොහැකි වී ඇත්ද?
- (ඇ) ඔබ වෙනත් රැකියාවක් සොයා ගැනීමට අදහස් කරන්නේද?
- (ඈ) ඉහත සිදුවූ අඛණ්ඩතාව සඳහා වෙනත් රක්ෂණ ඔප්පු යටතේ ලබාගන්නා/ලැබී ඇති ප්‍රතිලාභ පිළිබඳ විස්තරයක් සපයන්න.

ඉහත සඳහන් ප්‍රශ්නවලට මා/අප විසින් දී ඇති පිළිතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, මා/අප විසින් ඉදිරිපත් කරන මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධයෙන් සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් ගන්නා තීරණය වෙනස් කිරීමට තුඩු දෙන කිසිදු වැදගත් කරුණක් මා/අප විසින් වසන් කර නොමැති බවත්, ඉහත නම් සඳහන් රක්ෂිතයා/පීවිත රක්ෂිතයා වශයෙන් මා/අප මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි/කරමු.

තවද ඕනෑම වෛද්‍යවරයකුගෙන්, ශල්‍ය වෛද්‍යවරයකුගෙන්, රෝහලකින් හෝ සායනයකින් තොරතුරු ලබාගැනීමට හෝ යම් රක්ෂණ හෝ වෙනත් ආයතනයකින් ඕනෑම විස්තරයක් ලබාගැනීමට මම/අප සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මින් බලය පවරමි/පවරමු.

දිනය:

.....
අත්සන (රක්ෂිතයා/පීවිත රක්ෂිතයා)