CEYLINCO LIFE®

ජීවිතය පුරාවට සබැඳියාවක්™

සෙලින්කෝ ලයිෆ් රක්ෂණ සමාගම, සෙලින්කෝ ලයිෆ් ටවර්, 106, හැව්ලොක් පාර, කොළඹ 05. සමාගම් ලියාපදිංචි අංකය PB5183 දුරකථනය: (011) 2461461 ඊමේල්: service@ceylife.lk වෙබ් අඩවිය: www.ceylincolife.com

සෙලින්කෝ ලයිෆ් හොස්පිට්ල් කැෂ්/සෙලින්කෝ ලයිෆ් මේජර් සර්ජරි/සෙලින්කෝ ලයිෆ් ෆැමිලි දිගාසිරි ප්‍රතිලාභ/ය සඳහා සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනය

සේවාදායක ______ යෝජනා පත්‍ර අංකය ______

ළමයාගේ නම ______ කුමරු/මෙනවිය

උපන් දිනය ______ වයස ______ උස ______ (අඟල්වලින් පමණක් සඳහන් කරන්න) බර ______ (රා/කි.ග්‍රෑම්)

ලිපිනය ______

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය ______

පෞද්ගලික වෛද්‍යවරයාගේ නම ______

දුරකථන අංකය ______ ඊ මේල් ලිපිනය ______

අපේක්ෂිත ප්‍රතිලාභ

	මුදල
සෙලින්කෝ ලයිෆ් ෆැමිලි දිගාසිරි ප්ලස් (නව) ප්‍රතිලාභය	
සෙලින්කෝ ලයිෆ් හොස්පිට්ල් කැෂ් ප්‍රතිලාභය (දෛනික)	
සෙලින්කෝ ලයිෆ් මේජර් සර්ජරි ප්ලස් ප්‍රතිලාභය	

1. ඔබේ දරුවා කිසියම් මානසික හෝ කායික දුබලතාවකින් හෝ විකෘතියකින් නොපෙළී මනා සෞඛ්‍ය තත්ත්වයකින් සිටින්නේ ද? ඔව් / නැත

2. ඔබේ දරුවා පහත සඳහන් කවර හෝ තත්ත්වයකින් යම් දිනෙක පෙළී ඇත්ද? නැතහොත් දැනට පෙළෙන්නේද?

2.1 රුධිර සංසරණ පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: හෘදයාබාධ, රූමටික් උණ, අධික රුධිර පීඩනය, ධමනි හෝ ශිරා රෝග, හදවතේ සිදුරු, වහිරුකන්තුක ආරෝධායනය, කිරීටක ධමනි ආබාධ, හෘද කපාට අසාමාන්‍යතා, මහා ධමනි ආබාධ, ප්‍රාථමික පුප්ඵුසීය ධමනි අත්‍යාතතිය) ඔව් / නැත

2.2 ශ්වසන පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: ක්ෂය රෝගය, ඇදුම, නිරන්තර කැස්ස, නියුමෝනියාව, කාලික පෙනහළු ආබාධ) ඔව් / නැත

2.3 මුත්‍රා මාර්ග හා ප්‍රජනක පද්ධතියේ රෝගවලින් (උදාහරණ: වකුගඩුවල, මුත්‍රා මාර්ගවල, මුත්‍රාශයේ හෝ ප්‍රජනක ඉන්ද්‍රියවල ආසාදන, වකුගඩු හෝ මුත්‍රා මාර්ගයේ ගල්, වෘක්ක අකරණය, ලිංගිකව පැතිරිය හැකි රෝග) ඔව් / නැත

2.4 ආහාර මාර්ගයේ රෝගවලින් (උදාහරණ: ජීර්ණ ආබාධ, ආමාශයේ හෝ ග්‍රහනියේ තුවාල, අක්මාවේ හෝ පිත්තාශයේ ආබාධ, සෙංගමාලය, යාකෘතිප්‍රදාහය, කාලික අක්මා ආබාධ) ඔව් / නැත

2.5 ස්නායු පද්ධතියේ හෝ මානසික ආබාධවලින් (උදාහරණ: අපස්මාරය, වලිප්පුව, ක්ලාන්තය, නිතර ඇතිවන හිසරදය, මානසික බිඳවැටීම්, උමතුව, ආඝාතය, අංශභාගය, බහුවිධ ජාරථ්‍යය) ඔව් / නැත

2.6 දියවැඩියාව, පිළිකාව, මාංශපේශි වැහැරීයාම, බරපතළ පිලිස්සුම්, කතාකිරීමේ නොහැකියාව, ප්ලීහාවේ හෝ ඇස්වල හෝ කන්වල රෝගයකින්/රෝගවලින් ඔව් / නැත

2.7 රෑ නින්දෙහි අසාමාන්‍ය දහඩිය දැමීම සහ/හෝ බර අඩුවීම, පවත්නා උණ, අඛණ්ඩ හෝ පවත්නා පාචනය ඔව් / නැත

2.8 ඉහත සඳහන් නොවන යම්කිසි රෝගයකින් හෝ ආබාධයකින් ඔව් / නැත

3. ඔබේ දරුවාට කවර දිනෙක හෝ ආරෝග්‍යශාලා ගතවීමට හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වීමට හෝ ප්‍රධාන ඉන්ද්‍රියයක් රෝපණය කිරීමට සිදුවීද? නැතහොත් උපදෙස් ලැබීද? ඔව් / නැත

4. පසුගිය වර්ෂ පහ (5) තුළදී සාමාන්‍ය පරීක්ෂණයක් සඳහා රුධිර පරීක්ෂාවක් සඳහා හෝ ශාරීරික/ළමා රෝග/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙකු වෙත ඔබගේ දරුවාට යන්නට සිදුවීද? ඔව් / නැත

5. ඔබගේ දරුවාට ජීවිත රක්ෂණයක් යටතේ ප්‍රතිලාභ හිමිකමක් කවර කලෙක හෝ ලැබී ඇත්ද? නැතහොත් දැනට ලැබෙන්නේද? ඔව් / නැත

6. ඔබගේ දරුවාට හොස්පිට්ල් කැෂ් ප්‍රතිලාභය හෝ සෙලින්කෝ මේජර් සර්ජරි ප්‍රතිලාභය හෝ ෆැමිලි දිගාසිරි ප්‍රතිලාභය මීට පෙර ජීවිත රක්ෂණ ඔප්පුවක් සඳහා ඇතුළත් කර තිබේ ද? එසේ නම් ඔප්පු අංකයන් සඳහන් කරන්න. ඔප්පු අංක: .... ඔව් / නැත

7. ඔබගේ දරුවාගේ රක්ෂණය පිළිබඳ යෝජනා පත්‍රයක් කවර දිනෙක හෝ ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබ හෝ කල් දමා ඇත්ද? නැතහොත් අතිරේක වාරිකයකට යටත් කර පිළිගනු ලැබ තිබේද? ඔව් / නැත

8.

8.1 ඔබගේ දරුවා පසුගිය මාස දොළහ (12) තුළදී දුම්පානය කර ඇත්ද? ඔව් / නැත

8.2 ඔහු/ඇය දැනට දුම්පානය කරන්නේ ද? ඔව් / නැත

8.3 ඔබගේ දරුවා කෙදිනක හෝ මත්ද්‍රව්‍ය හෝ මත් බෙහෙත් භාවිත කර තිබේද? නැතහොත් දැනට භාවිතා කරන්නේද? ඔව් / නැත

8.4 ඔහු/ඇය බීර, වයින් හෝ මත්පැන් පානය කරන්නේද? (එසේ නම් දෛනිකව භාවිතා කරන ප්‍රමාණය දක්වන්න) ඔව් / නැත

9

9.1 ඔබගේ දරුවා අවදානම් සහිත විනෝදාංශ ක්‍රියාවක, හමුදා සේවයෙහි හෝ හමුදාවට සම්බන්ධ වෙනත් සේවයක නියුක්ත වීමට අදහස් කරන්නේද? | ඔව් | නැත

9.2 ඔබගේ දරුවා කෙදිනක හෝ කිසියම් සාපරාධී ක්‍රියාවක් හෝ නිත්‍යානුකූල නොවන ක්‍රියාවක් සම්බන්ධයෙන් දඬුවම් ලබා තිබේද? | ඔව් | නැත

9.3 ඔබගේ දරුවා සම්බන්ධයෙන් කිසියම් නඩුවක් දැනට විභාග 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/ළමා/ශාරීරික/ශල්‍ය වෛද්‍යවරුන්ගේ 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 බවත් අප දරුවාගේ රක්‍ෂණ ආවරණය සඳහා එම ප්‍රකාශන සහ පිළිතුරු පදනම් වන බව දන්නා බවත්, ඒවා අප දරුවා සහ සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුවරන්ස් ලිමිටඩ් අතර ගිවිසුමේ පදනම බවත් අපි දනිමු. මෙම රක්‍ෂණය සඳහා යෝජනාව අනුමත වීමට පෙර දරුවාගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය පිළිබඳව හෝ වෙනත් දැන සිටි කිසිම තොරතුරක් වසන් කර හෝ මෙහි කිසියම් අසත්‍ය කරුණක් අඩංගු වී හෝ තිබුනේ නම් සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුවරන්ස් 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 ලයිෆ් ඉන්ෂුවරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත නිරාවරණය කිරීම සඳහා කවර හෝ ශාරීරික/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙකුට, හෙදියකට හෝ ආරෝග්‍යශාලා නිලධාරියෙකුට මින් බලය පවරා සිටිමු.

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.

	සාක්‍ෂිකරුවන්: 1	සාක්ෂිකරුවන්: 2
අත්සන		
නම		
ලිපිනය		
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය / සංකේත අංකය		

UNDERWRITING COMMENTS

Age Admission

Nature of Document	
Document No.	
Date	

Authorised Officer