



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

දිගාසිරි ප්‍රතිලාභ (බරපතල රෝග) හිමිකම් ඉල්ලුම්පත

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

ඔප්පු අංකය:

1. පිවිත රක්ෂිතයා/හිමිකම් ඉල්ලුම්කරන්නා පිළිබඳ විස්තර
(පිවිත රක්ෂිතයා හෝ හිමිකම් ලාභියා බාලවයස් කරුවෙකුනම් අදාළ විස්තර භාරකරු විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

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

2. හිමිකම් ඉල්ලුමට අදාළ විස්තර

- i. හිමිකම් ඉල්ලුමට 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 මෙමඳු රෝගයකින් හෝ වෙනත් රෝගයකින් පෙළුණේද? ඒ සම්බන්ධයෙන් ප්‍රතිකාර ගත්තේ ද? එසේ නම් අදාළ විස්තර පහත දක්වන්න.

ප්‍රතිකාරගත් දිනයන්	ආරෝග්‍යශාලාවේ හෝ සාත්තු 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/සාත්තු 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 කිරීටු ආදායම් කිසිවෙක් ඔබට වැළඳී ඇති රෝගයෙන් හෝ ඊට සමාන රෝගයකින් පෙළු තිබේ ද? එසේ නම් :

- i. ආදායම් 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?

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 නිම්කමට සම්බන්ධ කිසිම තොරතුරක් මවිසින් වසන් කර නොමැති බවත්, මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

එසේම :

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

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

දිනය :

අත්සන :
රක්ෂිතයා/නිම්කම් ඉල්ලුම්කරු

සාක්ෂිකරුවන් :

- නම :
- ලිපිනය :
- අත්සන :



DIGASIRI BENEFIT (DREAD DISEASE) CLAIM FORM
(This form should be completed by the life assured/claimant)

Policy No.....

1. PARTICULARS OF LIFE ASSURED/CLAIMANT

(If the life Assured or Claimant is a minor, a guardian should complete this application with relevant details)

- i. NAME OF CLAIMANT
- ii. NAME OF LIFE ASSURED
- iii. DATE OF BIRTH
- iv. OCCUPATION
- v. ADDRESS

2. PARTICULARS OF CLAIM

- i. Describe in detail the nature and extent of the illness in respect of which the claim is made
- ii. When did you first get medical advice in respect of such illness?
- iii. Have you ever suffered from and been treated previously for a similar illness or any other illness?
If so, give the relevant particulars below

Date	Hospital / Nursing home	Description of illness(es)

3. RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS

Give below relevant information of Medical Specialists, Surgeons and other Medical Practitioners consulted in respect of the illness for which the claim is made.

- i. (a) Name
(b) Address
(c) Dates of consultation
- ii. Name of Hospital / Nursing Home etc., where you received treatment
- iii. Date of admission
- iv. Date of Discharge
- v. Name and address of usual doctor if different from above.

4. General

- i. Have any of your close relatives suffered from a similar or related illness? If yes please state
 - (a) Relationship of relative
 - (b) Nature of illness
 - (c) Date when illness was first diagnosed
- ii. Are you insured for similar benefits with any other Insurer? If so, state
 - (a) Name of Insurer
 - (b) Policy No.
 - (c) Amount of benefit insured
- iii. Have you made any claims in connection with such insured benefits?
- iv. Do you smoke cigarettes? YES / NO If yes
 - (a) What is your daily consumption?
 - (b) For how long have you been smoking?

DECLARATION

I hereby declare that

- i. all answers given by me, in this form are my own statements
- ii. to the best of my knowledge and belief all answers are true and complete in all respects.
- iii. I have not withheld any information having a bearing on this claim.

I also hereby permit the Ceylinco Life Insurance Ltd, seeking information from

- i. any doctor or any other personnel who, at any time, has attended on me concerning anything which affects my physical or mental health
- ii. any hospital, nursing home, or similar medical institution
- iii. any insurance office from where I have obtained life assurance on my life or a proposal had been for life assurance, and authorize the releasing of such information.

Date.....

Signature.....

WITNESS:

NAME.....

ADDRESS.....

SIGNATURE.....