



6. මියගිය ජීවිත රක්ෂිතයා අවසන් වරට සේවය කළ ස්ථානය:

අ. සේවයාගේ නම: (ආයතනයේ) .....

ලිපිනය: .....

### ප්‍රකාශනය

..... හි පදිංචි  
(හිමිකම් ඉල්ලන්නාගේ ලිපිනය)

වයස අවුරුදු ..... වයසැති ..... වන මම  
(හිමිකම් ඉල්ලන්නාගේ නම)

මෙයින් ප්‍රකාශ කරනුයේ ඉහත සඳහන් සෑම ප්‍රශ්නයකටම සම්පූර්ණ සහ සෑම අයුරින්ම සත්‍ය පිළිතුරු දී ඇති බවයි. මෙම ඔප්පුව යටතේ හිමිකම ඉල්ලනුයේ මියගිය අයගේ \* ..... වශයෙනි. එලෙසම සෙලින්කෝ ලයිෆ් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත මෙහි පහත සඳහන් අයගෙන් ඕනෑම විස්තරයක් ලබාගැනීම සඳහා හෝ වාර්තාවක් ලබාගැනීම සඳහා මා බලය පවරමි.

1. මියගිය අයගේ සේවයාගෙන් (ආයතනයෙන්)
2. මියගිය අය හට ප්‍රතිකාර කළ ඕනෑම රෝහලකින් හෝ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන්
3. ඕනෑම පොලිස් නිලධාරියකුගේ, පොලිස් ස්ථානයකින්, නීති නිලධාරියකුගෙන් හා අධිකරණයකින්.

වර්ෂ ..... ක්වු ..... මස ..... දින ..... හිදී.

.....  
සාක්ෂිකරුගේ අත්සන

.....  
හිමිකම් ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

සාක්ෂිකරුගේ: නම .....  
තනතුර .....  
ලිපිනය .....

(මෙම ප්‍රකාශනයේ සාක්ෂිකරු විය යුත්තේ වගකිව යුතු පුද්ගලයෙකි.)

- \* සටහන:
- අ. නිත්‍යානුකූල උරුමකරු (එසේ නම් මියගිය අය හට ඇති ඥාති සම්බන්ධය - නෑකම)
  - ආ. පොල්ම:කාරයින් හෝ පැවරුම්ලාභීන් වශයෙන්
  - ඇ. බාලවයස්කරුවෙකුගේ භාරකරු වශයෙන් (එසේ නම් පහතින් විස්තර දක්වන්න.)



## LIFE ASSURANCE CLAIMANT'S STATEMENT

Policy No: ..... for Rs. ....

on the Life of Mr/Mrs/Miss. ....  
(write full name of the deceased)

..... of .....  
(address)

(This form must be completed by the person entitled to receive the proceeds under the Policy. All answers should be filled legibly; strokes of the pen, dots, dashes or blanks will not be accepted as answers.)

### 1. DETAILS OF DEATH

(a). Date of Death	Place of Death	Age at Death	Cause of Death
.....	.....	.....	.....

(b). (i) Name of Hospital/Nursing Home/Dispensary where the deceased was treated.  
.....

(ii) Ward No./Bed Head Ticket No.  
.....

(c). When did he/she first complain of any symptoms leading to the fatal illness?  
.....

(d). Was a Coroner's Inquest, Post Mortem, Magisterial inquiry held?  
.....

### 2. PAST ILLNESS

Has the deceased complained of any illness during the past 3 years from the date of the fatal illness? If so, please give the information below.

Name & address of the doctor who treated him various illnesses	Nature of Illness(es)	periods of treatment

### 3. OTHER LIFE ASSURANCES

Please give details of other Life Assurance held by the deceased.

Policy No.	Name of Insurer(es)	Sum assured	Date of Policy

**4. OTHER PARTICULARS**

- (a) Was the deceased Married? .....
- (b) How many children has he/she left? .....
- (c) Are there any minor children? .....
- If so, how many? .....
- (d) Has he/she left a will? .....
- (e) Was the policy assigned? .....

**5. EMPLOYMENT**

- (a) Where was the deceased employed last?
  - i. Name of the employer: .....
  - ii. Address: .....

**D E C L A R A T I O N**

I, .....  
(write full name of claimant)

..... aged ..... years residing at.....

..... do hereby declare that the answers to the above questions are complete and true in every respect.

I am claiming the proceeds of this policy as the .....\* of the deceased, and I hereby authorise the ceylinco Life Insurance Limited to obtain any information or any reports that may be required from:

- i. the Employer of the deceased
- ii. any Hospitals, Medical Attendants who have treated the deceased.
- iii. any Police Station, Police Officer or Law officer.

Date at ..... this ..... day of ..... 20 .....

.....  
Signature of Witness

.....  
Signature of Claimant

Name : .....

Designation : .....

Address : .....

.....

.....

N.B.

Witness to this statement must be a responsible person.

\*State whether the proceeds of the policy are claimed as

- (a). Legal heirs (if so, give the relationship to the deceased)
- (b). Executor or Assignee.
- (c). Guardian of any minor (if so, please give details below)