

LOLC ලයිෆ් ඇෂුරන්ස් ලිමිටඩ්

(සමාගම් ලියාපදිංචි අංකය PB-3807)

නො : අංක 481, ටී.බී.ජයා මාවත, කොළඹ 10. ශ්‍රී ලංකාව.

දුරකතන 011 5 889488 ෆැක්ස් 011 5931881

විද්‍යුත් ලිපිනය : lifeclaims@lolclife.com වෙබ් අඩවිය : www.lolclife.com

ආරෝග්‍යශාලා හිමිකම් අයදුම් පත්‍රය

ඔප්පු අංකය	හිමිකම් දිනය
හිමිකම් අංකය	දැනුම් දුන් දිනය

A. ඔප්පු හිමියා A.1 ඔප්පු හිමියාගේ / සාමාජිකයාගේ නම සහ ලිපිනය :	
B. රෝගියා / තුවාලකරු B.1 රෝගියා / තුවාලකරුගේ නම සහ ලිපිනය : B.2 හිමිකම් අයදුම් කරන අවස්ථාවේ රැකියාව / වෘත්තිය : B.3 වයස : B.4 දුරකථන අංකය :	
C. රෝගය / තුවාලය C.1 රෝගයේ ආරම්භක දිනය : C.2 අනතුර සිදු වූ දිනය සහ ස්ථානය : C.3 රෝහල් ගත කළ දිනය : C.4 රෝහලින් පිට වූ දිනය : C.5 රෝග ලක්ෂණ සහ ස්වභාවයන් : C.6 අනතුර සිදු වූ ආකාරය : C.7 මූලික රෝග ලක්ෂණ / තුවාලවල ලක්ෂණ : C.8 මෙම රෝගයට සමාන රෝගයක් ඔබට මීට පෙර ඇති වී තිබේද?/මෙම තුවාලයට සමාන තුවාලයක් මෙම කොටසට මීට පෙර ඇති වී තිබේද? : එසේ වී නම් විස්තර සපයන්න : C.9 ඔබ තවමත් මෙම රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේද? / ඔබ තවමත් තුවාලය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේද? : එසේ වී නම් විස්තර සපයන්න :	
D. වෛද්‍ය විශේෂඥයා D.1 ප්‍රතිකාර කළ විශේෂඥයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය :	
E. හිමිකම් ගෙවීම සඳහා ඔබගේ බැංකු ගිණුම් විස්තරය හිමිකම් අදාළ චෙක්පත බැංකුව වෙත බැර කිරීමට අදහස් කරන්නේ නම්, ඔබගේ බැංකු ගිණුම් විස්තර සපයන්න (රු 50,000 දක්වා පමණ) E.1 බැංකුවේ නම : E.2 ශාඛාව : E.3 ගිණුම් අංකය : E.4 ගිණුම් හිමිකරුගේ නම : E.5 ගිණුම් වර්ගය : (ඉතිරි කිරීමේ ගිණුම/ ජංගම ගිණුම)	
F. ප්‍රකාශය ඉහත සඳහන් කරුණු සම්පූර්ණයෙන්ම සත්‍ය බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මෙම හිමිකම් ඉල්ලුමට අදාළ අසහිතය / තුවාල සහ රෝහල් ගතවීම සම්බන්ධයෙන් අදාළ වෛද්‍යවරයාගෙන් සහ රෝහලින් තොරතුරු විමසීමට හා ලබා ගැනීමට සීමා සහිත LOLC Life Assurance Limited වෙත පූර්ණ අනුමැතිය පල කරමි. දිනය : ජාතික හඳුනාගැනීමේ අංකය : රක්ෂිතයාගේ අත්සන (ඔප්පු හිමියා) :	

වැදගත්

හිමිකම් ඉල්ලීම පිළිබඳව කටයුතු කරනු සඳහා සම්පූර්ණ කළ හිමිකම් අයදුම්පත සමග පහත ලියවිලි ඉදිරිපත් කළ යුතුයි.

- වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ රෝහල් ප්‍රතිකාර සහතිකය (මෙම ආකෘති පත්‍රයේ 2 වන පිටුව)
- රෝග නිශ්චය කාඩ්පත
- හිමිකම් මුදල් බැංකුව වෙත බැර කිරීමට ඔබගේ බැංකු ගිණුම් පොතෙහි ඡායා පිටපතක්

➤ මෙම හිමිකම් අයදුම් පත්‍රය සම්පූර්ණ කිරීම මගින් හිමිකම් ගෙවීමට සමාගම එකඟ වූ බවක් අදහස් නොවනු ඇත.

Policy Number -

DOCTOR'S REPORT

(TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL OFFICER WHO TREATED THE PATIENT)

1. Name of Patient:
2. NIC No : 3. BHT No :
4. When were you first consulted in this connection?
5. Was the onset of the illness acute or chronic?
6. For how long would the patient have suffered from these symptoms and sign?
.....
7. Please give history of the disease or illness?
 - (a) Date when such was observed by the patient?
 - (b) By whom he/she was treated?
 - (c) By whom the history was reported?
8. Your diagnosis of disease:
9. Details of treatment or operation:
10. Your prognosis for a complete recovery:
11. Period of hospitalization
From: To:
12. Period spent in an Intensive care Unit,
From: To:
13. Is the patient suffering from any other ailment such as Diabetes, Hypertension, Bronchial Asthma, etc.?
 - (a) Please specify the ailment:
 - (b) Date of Diagnosis of the ailment:
14. Please give Details of any other past medical history if any:
.....

Date:

.....

Signature of the Surgeon/Consultant

Name of Surgeon/ Consultant (Official Seal) :

Address :