

# ජනශක්ති ඉන්ජුටරන්ස් පීඒල්සී

අංක 75, කුමාරන් රත්නම් පාර, කොළඹ - 02, දු. අ. 0112 636 636, ෆැක්ස් අංක : (ජීඊඊ) 7309363



ජේ.සී.අයි. අංකය :- .....

ඔප්පු අංකය :- .....  
හිමිකම් අංකය :- .....

## අසාධ්‍ය රෝග හිමිකම් පත

ඔප්පු හිමියා විසින් මෙම ප්‍රකාශණය සම්පූර්ණ කර, රෝග නිශ්චය තුණ්ඩු ඇතුළු අනෙකුත් වාර්තා සමග අප වෙත එවිය යුතුය.

01. සම්පූර්ණ නම ලිපිනය රැකියාව	
02. ඔබට වැළඳී ඇති අවධි රෝගයේ ස්වභාවය	
03. රෝගය විනිශ්චය කල (හඳුනාගත්) දිනය	
04. මේ සඳහා ගනු ලැබූ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ සහ ඒවා ලබාගත් දිනයන් සඳහන් කරන්න.	
05. ඔබ මේ සඳහා මුලින්ම ප්‍රතිකාර ගැනීමට වෛද්‍යවරයෙකු වෙත ගියේ කවදාද?	
06. එම වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය	
07. ඔබ මෙම රෝගය පිළිබඳව පළමු වරට දැනගත්තේ කවදාද?	
08. ඔබට මුලින්ම හටගත් රෝග ලක්ෂණ කවරේද?	
09. ඔබ මෙම රෝගී තත්වය ඇතිවීමට ප්‍රථම, පසුගිය අවුරුදු 03 ක කාලය තුළ, වෙනත් අසනීපයක් සම්බන්ධව වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද? එසේ නම්,  (අ). ඒ කවර රෝගී තත්වයක් සඳහාද (ආ). වෛද්‍යවරයාගේ නම (ඇ). ප්‍රතිකාර ගත් දිනය	

ඔබගේ බැංකු ගිණුම් අංකය :- .....

බැංකුවේ නම සහ ශාඛාව :- .....

(කරුණාකර බැංකු පාස්පොතේ පිටපතක්/ බැංකු ගිණුම් ප්‍රකාශයක් හෝ පිළිගත හැකි ලියවිල්ලක් සහ ජාතික හැඳුනුම්පතේ පිටපතක් ලබා දෙන්න)

මෙම ඉහත සඳහන් ප්‍රශ්න වලට සපයා ඇති පිළිතුරු සම්පූර්ණයෙන්ම සත්‍ය බව සහතික කරමි. මාගේ සේව්‍යයාගෙන් හෝ මට ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරුන්ගෙන් හෝ ඕනෑම රෝහලකින් හෝ වෙනත් රක්ෂණ ආයතනයකින්, මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳව හෝ වෙනත් ඕනෑම තොරතුරක් හෝ වාර්තාවක්, ලබා ගැනීමට ජනශක්ති ඉන්ජුටරන්ස් පීඒල්සී වෙත මම මෙයින් බලය පවරමි.

රක්ෂිතයාගේ නම :- අත්සන :-

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- දුරකථන අංකය :-

දිනය :-