

# ජනශක්ති ඉන්ජුටරන්ස් පීඑල්සී

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



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

## හිමිකම් කියන්නාගේ ප්‍රකාශය

(රක්ෂණ ඔප්පුවේ මුදල් වලට හිමිකම් ඇති තැනැත්තා විසින් පිරවිය යුතුයි).

..... මහතා / මහත්මිය / මෙනෙට්ගේ ජීවිතය වෙනුවෙන් නිකුත් කරන ලද රු.  
 ..... රක්ෂිත මුදල සඳහා වූ අංක : ..... දරණ රක්ෂණ ඔප්පුවේ හිමිකම  
 පිළිබඳවයි.

(සියලුම පිළිතුරු පැහැදිලිව පිරවිය යුතුය. පිළිතුරු වචන වලින් දිය යුතුය. පැහැනේ අදින ඉරි තිත් හෝ රේඛා පිළිතුරු ලෙස පිළිගනු නොලැබේ).

### 01. මරණය පිළිබඳ විස්තර

- (අ) මරණය සිදුවූ දිනය                      මියගිය ස්ථානය                      මියයන විට වයස                      මරණයට හේතු  
 .....                      .....                      .....                      .....
- (ආ) මියගිය අයට ප්‍රතිකාර කළ රෝහලේ / පොද්ගලික සාත්තු නිවාසයේ හෝ දිස්පැන්සරියේ නම  
 සහ                      ලිපිනය                      සඳහන්                      කරන්න.                      :  
 .....  
 .....
- (ඇ) රෝහලට ඇතුළත් කළ දිනය / රෝහලට ඇතුළත් නොකළේ නම් ප්‍රතිකාර ගත් දිනයන් දක්වන්න.  
 .....  
 .....

### 02. අන්තිම වරට රෝගීව සිටි කාල සීමාවට ප්‍රථමයෙන්, අවුරුදු තුනක කාලය තුළදී මියගිය අය කිසියම් අසනීපයක් සම්බන්ධව පැමිණිලි කර තිබේද ? එසේ නම්, මෙහි පහත ඉල්ලන විස්තර සපයන්න.

- (අ) රෝගය / රෝගවලට ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් සහ ලිපිනයන් :  
 .....
- (ආ) පැමිණිලි කළ අසනීපය පිළිබඳ ස්වභාවය : .....
- (ඇ) ප්‍රතිකාර ගත් කාල සීමාව :  
 .....

### 03. මියගිය අය සතුව වෙනත් රක්ෂණ ඔප්පු තිබේ නම්, ඒ පිළිබඳ විස්තර මෙහි පහත සඳහන් කරන්න.

ඔප්පු අංකය	රක්ෂණ සමාගමේ නම හෝ කාර්යාලය	රක්ෂිත මුදල	රක්ෂණ ඔප්පුවේ දිනය
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

04. මියගිය අය අවසාන වරට සේවය කළ ආයතනය සහ එහි ලිපිනය :-

.....  
.....

05

.....  
(හිමිකම් කියන්නාගේ ලිපිනය)

..... පදිංචි අවුරුදු ..... වයසැති .....

..... වන මම ඉහත කී ප්‍රශ්න වලට සපයා ඇති පිළිතුරු සම්පූර්ණයෙන්ම  
(හිමිකම් කියන්නාගේ නම)

සත්‍ය ඒවා බව සර්වප්‍රකාරයෙන්ම සහතික කරමි.

තවද රක්ෂණ ඔප්පුවේ මුදල් වලට මම හිමිකම් කියන්නේ ..... වශයෙනි.  
(ජීවිත රක්ෂිතයාට ඇති ඥාතිත්වය)

මියගිය අයගේ සේවයාගෙන් හෝ ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගෙන් හෝ ඕනෑම රෝහලකින් හෝ අවශ්‍ය ඕනෑම තොරතුරක් හෝ රපෝර්තුවක් ලබා ගැනීම සඳහා ජනශක්ති ඉන්ජුටරන්ස් පීඒල්සී වෙත මම මෙයින් බලය පවරමි.

වර්ෂ 20 ..... ක් වූ ..... මස ..... දින දිස.

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : .....

තනතුර : .....

දුරකථන අංකය : .....

.....  
හිමිකම් කියන්නාගේ අත්සන

**සාක්ෂිකරු :**

නම : .....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : .....

තනතුර : .....

ලිපිනය : .....

.....

.....

අත්සන : .....