ජනශක්ති ඉන්ෂුවරන්ස් පීඑල්සී

පළමු මහල, බිෂොප් ගේට් ගොඩනැගිල්ල, අංක.338, ටී.බී.ජයා මාවත, කොළඹ 10.
දුරකථන අංක: 0112636636

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 .....

අනතුර සිදු වූ දිනය සහ ස්ථානය .....

.....

C.2 රෝග ලක්ෂණ සහ ස්වභාවයන් .....

අනතුර සිදුවූ ආකාරය .....

C.3 මූලික රෝග ලක්ෂණ / තුවාල වල ලක්ෂණ .....

.....

C.4 මෙම රෝගයට සමාන රෝගයක් ඔබට මීට පෙර ඇති වී තිබේද? / මෙම තුවාලයට සමාන තුවාලයක් මෙම කොටසට මීට පෙර ඇති වී තිබේද? .....

එසේ නම් විස්තර සපයන්න .....

.....

C.5 ඔබ තවමත් මෙම රෝගය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේ ද? / ඔබ තවමත් මෙම තුවාලය සඳහා ප්‍රතිකාර ලබන්නේද?

.....

එසේ නම් විස්තර සපයන්න .....

D. වෛද්‍ය විශේෂඥයා

D.1 ප්‍රතිකාර කළ විශේෂඥ / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය .....

.....

E.1 ඔබ වෙනත් රක්ෂණයකින් හෝ වෙනයම් ආකාරයකින් අයිතිවාසිකම් ලබන්නේ ද? (එසේ නම් විස්තර සපයන්න).

.....

F. ප්‍රකාශය

මම / අපි ඉහත සඳහන් කර ඇති විස්තර හෝ කරුණු මගේ / අපගේ දැනුම අනුව නිවැරදි බවට මෙයින් සහතික කර සිටිමි / සිටිමු. තවද කිසියම් හෙළිදරව් කළ යුතු කරුණක් සීමාසහිත ජනශක්ති රක්ෂණ සමාගමෙන් වසන්කර නැති බවද මෙම හිමිකමට අදාල අවශ්‍ය සියළුම කරුණු නිවැරදිව සඳහන් කර ඇති බවද මෙයින් සහතික වෙමි / වෙමු.

....

දිනය	රක්ෂිතයාගේ අත්සන (ඔප්පු නිමියා)

විස්තර

1. ප්‍රතිකාර කරන ලද විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා විසින් වෛද්‍ය වාර්තාව සම්පූර්ණ කල යුතු වේ.
2. ඔබ වෛද්‍ය හෝ වෙනයම් වියදම් සඳහා හිමිකම් පාන්නේ නම් පහත සඳහන් තොරතුරුද ඇතුළත්ව සියළු විස්තර සහ සාක්ෂි අනිවාර්යයෙන්ම සැපයිය යුතුය.

☐ රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුව
☐ රෝහල් බිල්පත් හා ලදුපත් වල මුල් පිටපත්, වෛද්‍යවරයා නියම කරන ලද බෙහෙත් වට්ටෝරු
☐ රෝගී තත්ත්වය සම්බන්ධයෙන් මීට පෙර ලබා ගත් ප්‍රතිකාර වලට සම්බන්ධ වෛද්‍ය වාර්ථා (පළමු වැනුල් පත්‍රිකාවද ඇතුළුව)

වැඩිදුර ලිඛිත සාක්ෂි අවශ්‍ය බව සමාගම සලකන්නේ නම් ඒ විස්තර ඉදිරියේදී ඉල්ලා සිටිනු ඇත.

ඔබගේ බැංකු ගිණුම් අංකය .....

බැංකුවේ නම සහ ශාඛාව .....

DOCTOR`S REPORT

(1). Name of Patient : .....

(2). When were you first consulted in this connection ? .....

(3). When, in your opinion or from your knowledge could this ailment have begun or been contracted ? .....

.....

(4). Your diagnosis of disease : .....

(5). Details of treatment or Operation : .....

(6). Your prognosis for a complete recovery : .....

(7). Period of hospitalisation From : ..... To : .....

(8). Is the patient suffering from any other ailment such as Diabetes, Hypertension, Bronchial Asthma ? If so

(i). Please specify the ailment .....

(ii). Date of Diagnosis of the ailment .....

(9). Please give details of any other past medical history if any .....

.....

Date : ....

Signature of the Surgeon / Consultant

Name of Surgeon / Consultant : .....

Address : .....

Qualifications (Official Seal) : .....

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Total amount available at date of claim	Rs.
Total amount now payable	Rs.
Balance available for current year	Rs.