

(කාර්යාල ප්‍රයෝජන සඳහා පමණි)

ඔප්පු අංකය :.....

රිසිට්පත් අංකය :.....

වාරමුදල් ගෙවූ දිනය



අකෘතිපත්‍ර අංකය / MP/00007

කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්ෂණ මණ්ඩලය, අංක 117, සුභද්‍රාරාම මාවත, ගංගොඩවිල, නුගේගොඩ.

Agriculture and agrarian insurance board No117, Subadraram Road, Gangodavila, Nugegoda

දුරකතන අංක - 0112384000 ෆැක්ස් - 0112812573

සුවසෙත සෞඛ්‍ය රක්ෂණය - හිමිකම් පෝරමය Suwasetha Claim Form

- 1. රක්ෂිතයාගේ නම Name of insured :.....
- 2. රෝගියාගේ නම Name of Patient :.....
- 3. ලිපිනය Address of insured :.....
- 4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය NIC :.....

5. රෝහල් ගත වූයේ Hospitalized
 හදිසි අනතුරක් හේතුවෙන්ද Due to an accident? Due to illness අසනීප හේතුවෙන්ද

- 6. රෝහල් ගත වූ දිනය Date of hospitalization :.....
- 7. රෝහලේ නම Name of hospital :.....
- 8. ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයා Treating doctor :.....
- 9. රෝහලෙන් පිට වූ දිනය Date of discharge from the hospital :.....
- 10. රෝගී තත්වයක් නම් රෝගයේ ස්වභාවය If there is a disease, its nature :.....
- 11. මෙම රෝගය කොපමණ කාලයක සිට පැවතියේද? How long has this disease existed? :.....
- 12. මෙම රෝගී තත්වය යටතේ මීට පෙර ප්‍රතිකාර ගෙන තිබේද? Have you been treated before under this condition? :.....
- 13. එසේ ප්‍රතිකාර ලබා තිබේ නම් ඒ කවදාද? - If you have received such treatment, when is it. -----
- 14. හදිසි අනතුරක් නම් If there is an accident

- 14.1 අනතුර සිදු වූ දිනය Date of accident :.....
- 14.2 එහි ස්වභාවය Nature of accident :.....
- 14.3 අනතුරක් සිදු වූයේ කෙසේද? How did an accident happen? :.....

15. සුවසෙත රක්ෂණය යටතේ මීට පෙර ඔබ විසින් රෝහල් ගතවීම් සඳහා ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කර තිබේද? Have you applied for the benefits of hospitalization in the past? :.....
 එසේනම් ඒ පිළිබඳ විස්තර If so, the details of :.....

16. ප්‍රතිලාභ ඉල්ලීම් සඳහා අවශ්‍ය පහත වාර්තා ඉදිරිපත් කර ඇත.
- i. රෝග නිශ්චය තුණ්ඩුව Diagnosis card
 - ii. ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම සම්බන්ධයෙන් මුද්‍රාව සහිතව නිකුත් කරන ලද බිල්පත් Bills issued with seal in respect of receiving treatment.
 - iii. අවසන් ගෙවීමේ රිසිට්පත් -Final payment receipt
 - iv. රෝහල් නේවාසිකව සිටියදී කරන ලද වෛද්‍ය පරීක්ෂණය සඳහා බිල්පත් හා වෛද්‍ය වට්ටෝරු-Bills for medical examination conducted while in hospital residency and Medical Recipes
 - v. රක්ෂණ ඔප්පුවේ සහතික පිටපත-Certified copy of insurance certificate
 - vi. සහතික කරන ලද වාර මුදල් රිසිට්පත Certified copy of insurance payment receipt
 - vii. වෙනත් other

17 මෙහි අංක 01 සිට 16 දක්වා සියළුම විස්තර නිවැරදිව සපයා ඇති බවත් මෙයින් සහතික කර සිටිමි.

.....
රක්ෂිතයාගේ අත්සන

.....
දිනය

දිස්ත්‍රික් අධ්‍යක්ෂකගේ නිර්දේශය

උක්ත රක්ෂිතයාගේ රෝහල් ගතවීමේ තොරතුරු හා ඉහත අමුණා ඇති තොරතුරු නිවැරදි වේ. රක්ෂණ කාලය තුළදී රෝහල් ගතව ඇත. අසනීපය / අනතුර ඉහත ඔප්පු අංක සහිත රක්ෂණයෙන් ආවරණය වී ඇති බැවින් නිර්දේශ කර යොමු කරමි.

දිනය -----

දිස්ත්‍රික් අධ්‍යක්ෂ අත්සන , නිල මුද්‍රාව