

ස්වයං රැකියාවක් කරගෙන යනකොට මොන ප්‍රශ්න මතු වෙන්නද කියලා කියන්න බෑ. අසනීපයක් හැදුනොත්, ස්වාභාවික විපතක් හරි හදිසි අනතුරක් හරි සිදුවුණොත් පාඩුව ඔබට. මොන ප්‍රශ්නෙ ආවත් ප්‍රශ්නට තනියම මුහුදෙන්න වෙන්න ඔබටයි.

සෙමින්කෝ සපෝට්ලයිත් රක්ෂණාචරණය ඔබට හඳුන්වාදෙන්නේ එවැනි අර්බුදකාරී අවස්ථාවකදී පිහිට වෙන්නයි.

සෙමින්කෝ සපෝට්ලයිත් තුළින් හදිසි අනතුරු ආවරණයක්, ආදායම් අහිමි අවස්ථාවලදී දෛනික දීමනා, දරුවන්ගේ අධ්‍යාපන කටයුතු කරගෙන යාමට මාසික දීමනා ඇතුළු වරප්‍රසාද ගණනාවක්ම ඔබට හිමිවෙනවා.

ඔබටම තෝරාගත හැකි ක්‍රම 3කින් සෙමින්කෝ සපෝට්ලයිත් රක්ෂණාචරණය සමත්විතයි.

ප්‍රතිලාභ ස්ට්‍රැටේජි

	සැලසුම් 1 රු.	සැලසුම් 2 රු.	සැලසුම් 3 රු.
"එ" කොටස පුද්ගල හදිසි අනතුරු ආවරණය	200,000	300,000	400,000
"ඕ" කොටස ජීවිත රක්ෂණාචරණය ස්වාභාවික මරණයකදී	50,000	75,000	100,000
"සී" කොටස අවමගෙවනාධාර රක්ෂිතයා විශේෂීම්දී පවුලේ සාමාජිකයකුගේ විශේෂීම්කදී	10,000 5,000	15,000 7,500	20,000 10,000
"ඩී" කොටස රක්ෂිතයා විශේෂීම්කදී දරුවන් සඳහා අධ්‍යාපනික දීමනාව මාසික දීමනාව එක් දරුවෙකුට (දරුවන් දෙදෙනෙකුට අවුරුදු 18 දක්වා ගෙවනු ලැබේ.)	500	750	1,000
"ඊ" කොටස ආදායම අහිමිවීම රක්ෂිතයා රෝහල්ගතවීමක දී. (දිනකට) ස්වාභාවික විපතක් නිසා (දිනකට) එක් සිද්ධියකදී දින 3 දක්වා වසරකට දින 10 දක්වා	500 1,000	750 1,500	1,000 2,000
චාර්ජ් වාරිකය	1,200	1,500	2,000

Discounted rate : 1150

සෛලිනකෝ ජෙනරල් ඉන්ජිවරන්ස් ලිමිටඩ්

ස්වයං-රැකියා හිමියන්ගේ රක්ෂණවරණ කේපතා පත්‍රය

රක්ෂිතකාගේ තොරතුරු (වයස අවුරුදු 18 ට වැඩි 60 ට නොවැඩි)

01. සම්පූර්ණ නම:
02. ලිපිනය:
03. උපන් දිනය: වයස: ජා.නැ.අං.
04. විවාහක/අවිවාහක බව:
05. දුරකථන අංකය: (නිවස): (ජංගම):
- ර-මේල:

ව්‍යාපාරය පිළිබඳ තොරතුරු

06. ව්‍යාපාරයේ ස්වභාවය (විස්තර කරන්න):
07. ව්‍යාපාරික ස්ථානයේ ලිපිනය:
08. ව්‍යාපාරික ස්ථානයේ දුරකථන අංකය: B.R.No.
09. ශ්‍රේණිගත පිළිබඳ තොරතුරු:

සම්පූර්ණ නම	වයස	උපන් දිනය	ස්වාමිකා/බිරිඳ
i.	දුව/ඉතා
ii.	දුව/ඉතා
iii.	දුව/ඉතා
iv.	දුව/ඉතා
v.	දුව/ඉතා

10. පීඨිත රක්ෂණ ආවරණය යටතේ රක්ෂිතකාගේ විශේෂිත දී පැවරුම්ලාභියා ලෙස නම් කරන තැනැත්තා
- i. නම:
- ii. නැකම: iii. හැඳුනුම්පත් අංකය:
11. අධ්‍යාපන දීමනාව දෙනු ලබන දරුවන් පිළිබඳ විස්තර (වයස අවුරුදු 18ට අඩු දරුවන් දෙදෙනෙකුට පමණක් සීමාවේ.)
- i. දරුවන් පාසැල් අධ්‍යාපනයේ/රජයේ කාර්මික විද්‍යාලයක යෙදෙන්නේද? ඔව්/නැත
- ii. එසේ යෙදෙන්නේ නම් ඒ පිළිබඳ අදාළ විස්තර
- | දරුවාගේ සම්පූර්ණ නම | වයස | පාසැල/කාර්මික විද්‍යාලය | ශ්‍රේණිය |
|---------------------|-------|-------------------------|----------|
| i. | | | |
| ii. | | | |
12. රක්ෂිතකාගේ රෝගී තත්වයන් පිළිබඳ විස්තර
- i. ඔබ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන්/විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් උපදෙස් ලබා තිබේද? ඔව්/නැත
- ii. පසුගිය වසර තුළ දී රෝහලකට සහ/හෝ සාත්තු නිවාසයකට ඇතුළත් වූයේද? ඔව්/නැත
- පිළිතුර "ඔව්" නම් කරුණාකර විස්තර සපයන්න.
- වෛද්‍යවරයාගේ නම ප්‍රතිකාර ගැනීමට හේතුව පශ්චාත් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර
- i.
- ii.
- iii.

13. ඔබ පහත ආබාධයන්ගෙන් පෙළෙන්නෙහිද?
 යම්කිසි ශාරීරික ආබාධයක්, යම් දුර්වලතාවයක් හෝ රෝග, යම් සනාථ/මානසික ආබාධ, යම් පුනරාවර්ත ලෙඩ රෝග, යම් සහජ ස්වභාවයන් හෝ ඉහත කී අනාවරණය නොකරන ලද සෞඛ්‍ය ගැටළු

.....

14. යම් ශාරීරික දුබලතාවයකින් පෙළෙන්නෙහිද? එසේ නම් විස්තර දැක්වන්න.

.....

15. ඔබ යම් වෛද්‍ය රක්ෂණ ඔප්පුවක් යටතේ ආවරණය වී තිබේද? එසේ නම් රක්ෂකයාගේ නම, රක්ෂණ ඔප්පු අංකය සහ රක්ෂණය ගෙවී යන දිනය සඳහන් කරන්න.

.....

16. ඔබ පහත රෝගාබාධවලින් පෙළෙන්නෙද? එසේ නැතිනම් ඒ සඳහා වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද?

- වහිර/කන්තූක ආරෝධයන් (හෘදයාබාධය) කිරීටක බිමනි අතුරු - මං හෘද කපාට ශල්‍යකර්ම
- මහා බිමනි ශල්‍යකර්ම ප්‍රාථමික පුපුරුණු බිමනි අත්‍යන්තරිත කාලීන පෙනහලු ආබාධ ආඝාතය
- ප්‍රධාන ඉන්ද්‍රිය රෝපණය ව්‍යාධික අකරණය ඝාතනීය ඝාතය කාලීන අක්මා ආබාධ පරාශ්ලේපය
- බහුමුඛ පාරශ්ලේපය මූරවිභව පිලිකාව මාංශපේශී වැහිරී යාම බරපතල පිලිස්සුම් අන්ධභාවය
- බිහිරි බව කපා කිරීමේ හැකියාව අහිමිවීම.

එසේනම් විස්තර දැක්වන්න.

.....

ප්‍රකාශනය

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා සම්පූර්ණ බවද, මෙම යෝජනාවට අදාළ කිසි අන්දමක වැදගත් තොරතුරක් නොවලහා ගත් බවද, මෙහි ප්‍රකාශ කරමි. මෙම යෝජනාව සහ ප්‍රකාශනය ද මෙහි සඳහන් කරනු ලැබූ පිළිතුරුවල සත්‍යතාව සහ සම්පූර්ණත්වය ද මම සහ සෙලින්කෝ ජනරජ ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් අතර ගිවිසුමෙහි පදනම වන බවටද මම එකඟ වෙමි. මම දැන් සපයා ඇති පිළිතුරු සත්‍යතාවයන්/සම්පූර්ණත්වයෙන් තොර වන්නේ නම් සමාගමට වහාම ලිඛිතව දැන්වීමක් දීමට මම භාර ගන්නෙමි.

දිනය:

යෝජකගේ අත්සන

යෝජනා පත්‍රය පිලිගත් බවට ලිඛිත දැනුම් දීමක් කරන තුරු සෙලින්කෝ ජනරජ ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් කිසිම බැඳීමකට යටත් නොවේ.

සෙලින්කෝ ජනරජ ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් PB5184

සෙලින්කෝ මන්දිරය, අංක 69, ජනාධිපති මාවත, කොළඹ 1.

දුරකථන: 0112 485 757-8 හෝ 0114 702 702

වෙබ්: www.ceylinco-insurance.com

ක්ෂණික ඇමතුම් - 011 2393939