

Policy No - ඔප්පු අංකය :

Claim No - හිමිකම් අංකය:



කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්ෂණ මණ්ඩලය

Agriculture and Agrarian Insurance Board

අංක 117, සුභද්‍රාරාම මාවත, ගංගොඩවිල, නුගේගොඩ.

No117, Subaddrarama Road, Gangodawila, Nugegoda.

දුරකතන අංක } Telephone - 0112384000 Fax - 0112812573

හදිසි අනතුරු රක්ෂණය - හිමිකම් පෝරමය Personal Accident - Claim Form

1. රක්ෂිතයාගේ නම - Name of Insured
2. ලිපිනය - Address
3. උපන් දිනය - Date of birth
4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය - NIC No.....
5. රක්ෂිත මුදල - Sum insured
6. රිසිට් පත් අංකය - Receipt no
7. අනතුර වූ දිනය හා වේලාව Date and place of accident
8. අනතුරට හේතුව.Reason for accident.....
9. හදිසි අනතුර වූ ස්ථානය Place of accident
10. දැනුම් දුන් පොලීසිය Informed police station
11. අනතුරේ ස්වභාවය Nature of Accident.....
12. හදිසි අනතුර හේතුවෙන්, Due to an accident,
 - a මරණයට පත් විය Death
 - b පූර්ණ අකර්මන්‍යතාවයට /අර්ධ අකර්මන්‍යතාවයට -Total disability/partial disability
 - c රෝහල්ගත කරන ලදී -Hospitalized.
13. රෝහලේ නම. Name of Hospital.....
14. රෝහල් ගත කල දිනය. Date of Hospitalization
15. රෝහලෙන් පිට වූ දිනය. Date of discharge from the hospital.....

දිනය:- date

රක්ෂිතයාගේ අත්සන - Signature of Insured

(මරණයදී /අකර්මන්‍යතාවයකදී වෛද්‍යවරයා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුයි)
(Doctors to be filled when, Death/ Total disability/Permanent disability)

වෛද්‍යතුමනි- Dear Doctor,

ඉහත රෝගියාට සිදු වී ඇති අනතුර හේතුවෙන් ශරීරයේ කොටසක් ඉවත් වී ඇත්නම්/ මරණය සිදු වී ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තරයක් පහතින් සඳහන් කරන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමු. Please complete the followings, if Patient death /separated part of body or total or partial disability due to this accident.

Thanks,

Chairman,

Agriculture and Agrarian Insurance Board

- 1 මරණයට හේතුව . Reason for death
- 2 ශාරීරික හානියේ ස්වරූපය Nature of body damage
- 3 ශරීරයේ කොටස් අහිමි වී ඇත්නම් සඳහන් කරන්න .Specify if body parts are lost.....
- 4 දිනය/date

වෛද්‍යවරයාගේ නිලමුද්‍රාව/අත්සනSignature seal and date of medical officer

(1999 අංක 20 දරණ කෘෂිකාර්මික හා ගොවිජන රක්ෂණ මණ්ඩල පනත යටතේ ක්‍රියාත්මකය)