



Declaration of Good Health Form for Special Revival
 විශේෂ ප්‍රාණවත් කිරීම සඳහා වන යහපත් සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ ප්‍රකාශය
 விசேடமுறை புதுப்பித்தலுக்கான உடல்நல வெளிப்படுத்துகை பத்திரம்

Policy No: මප්පු අංකය காப்புறுதி இலக்கம்	Telephone No: දුරකථන අංකය தொலைபேசி இலக்கம்	Advisor Code නියෝජිත අංකය ஆலோசகரின் குறியீடு
Life Assured / රක්ෂිතයා / ஆயுள் காப்புறுதியாளர்		Spouse / කලත්තා / வாழ்க்கைத்துணை
Full Name සම්පූර්ණ නම முழுப்பெயர்		
Address ලිපිනය முகவரி		
Current Occupation and Nature of Duties වත්මන් රැකියාව හා එහි ස්වභාවය தற்போதைய தொழில் கடமையின் தன்மை		
Height and Weight උස සහ බර உயரம்/நிறை	Cm / සෙන්ටිමීටර් / செ.மீ Inches / අඟල් / அங்குலம்	Kg கி.ග්‍රෑම් கி.கி
	Cm / සෙන්ටිමීටර් / செ.மீ Inches / අඟල් / அங்குலம்	Kg கி.ග්‍රෑම් கி.கி

Please mark with "Yes" or "No" for below mentioned questions පහත සඳහන් ප්‍රශ්න සඳහා "ඔව්" හෝ "නැත" යනුවෙන් පිළිතුරු සපයන්න. கீழ் குறிப்பிட்டுள்ள வினாக்களுக்கு 'ஆம்' அல்லது 'இல்லை' என விடையளிக்கவும்	For Life Assured රක්ෂිතයා සඳහා ஆயுள் காப்புறுதியாளர்	For Spouse කලත්තා සඳහා வாழ்க்கைத் துணை
01. Have you ever had any medical or surgical treatment, including investigations for any of the following illnesses or medical conditions? ඔබ විසින් පහත සඳහන් අසනීපයක් හෝ රෝගාබාධයක් සඳහා කවදා හෝ වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා තිබේද? පරීක්ෂණයකට හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වී තිබේද? நீங்கள் கீழ் குறிப்பிட்டுள்ள நோய் அல்லது சுகமீனம் தொடர்பில் என்றாவது வைத்திய ஆலோசனை பெற்றுள்ளீரா?/மருத்துவ பரிசோதனை அறுவை சிகிச்சைக்கு ஆளாகியுள்ளீரா?		
I. High / low blood pressure, heart attack, angina, chest pain, stroke, congenital heart defect or any other disorder of heart or circulations අධික හෝ මන්ද රුධිර පීඩනය, රුධිර සංසරණය පිළිබඳ අසනීපයක්, හෘදයාබාධයක්, හෘදය ක්‍රියා විරහිත වීම, පපුවේ වේදනා වැනි හෘද හෝ රුධිර සංසරණ පද්ධතියේ වෙනත් රෝගයකින් உயர்/தாழ் குருதி அழுக்கம், இதய தசைநார் இறப்பு, மார்பு வலி, அதிர்ச்சி, பிறவி இதய குறைபாடு அல்லது இதயம் அல்லது இரத்தவோட்டம் சம்பந்தமான கோளாறுகள்		
II. Any form of cancer, tumour growth or other malignancy පිළිකා, ගුලීම ගෙඩියක් හෝ වෙනත් අහිතකර වර්ධනයකින් புற்றுநோய், கட்டி அல்லது ஏதேனும் அசாதாரண வளர்ச்சி		
III. Disorders of skin or lymph glands සමෙහි හෝ වසාගුන්ටි සම්බන්ධ ආබාධයකින් தோல் அல்லது நிணநீர் சுரப்பி சம்பந்தமான கோளாறுகள்		
IV. Diabetes, elevated cholesterol, , thyroid gland or hormonal disturbances, or liver problem, alcohol or drugs related illnesses දියවැඩියාව, කොලෙස්ටරෝල් වැඩිවීම, තයිරොයිඩ් ග්‍රන්ථියේ හෝ හෝමෝන වල ආබාධ, අක්මාවේ ආබාධ, මධ්‍යසාර හෝ මන්දව්‍යාස සම්බන්ධ රෝගයකින් நீரிழிவு, அதிக கொழுப்பு, கேடயச் சுரப்பி, அல்லது ஹோமோன் குறைபாடுகள் அல்லது கல்லிரல் கோளாறுகள் அல்லது மது பாவனை, போதைபாவனை தொடர்பான நோய்கள்		
V. Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem පින්තාශයේ, ආමාශයේ හෝ බඩවැලේ වල ආබාධයක් හේතුවෙන් பித்தப்பை அல்லது வயிறு, மலக்குடல் அல்லது சிறுநீர்ப்பை கோளாறுகள்		
VI. Multiple sclerosis, epilepsy, numbness, double vision, paralysis, giddiness ,depression, The brain , nervous system disorders or any other mental disturbances මොළයේ, ස්නායු පද්ධතියේ ආබාධයකින්, අපස්මාරය, ද්විත්ව දෘෂ්ටිය, පක්ෂඝාතය, ආතතිය හෝ මානසික ආබාධයකින් பல்லினதிகக்கல இறுகிப்போதல், வலிப்பு, உணர்ச்சியற்ற, இரட்டைப்பார்வை, பக்கவாதம், தலைச்சுற்று, மனநோய், முளை, நரம்பு தொகுதி கோளாறுகள் அல்லது ஏதேனும் மனக்கோளாறுகள்		

VII.	Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorders ඇදුම්, ස්වසනාල ආබාධ, නිවමෝනියාව, ක්ෂයරෝගය හෝ වෙනත් ස්වසන පද්ධතියෙහි රෝගයකින් ஆஸ்துமா,மார்புச்சளிநோய்,நுரையீரல் அழற்சி,காசநோய்,வேறு ஏதேனும் சுவாசப்பை அல்லது நுரையீரல் கோளாறுகள்		
VIII.	Congenital disorders, anaemia, bleeding, or blood disorders සංජානනීය රෝග, රක්තහීනතාවය, රුධිරවහනය හෝ වෙනත් රුධිර රෝගයකින් பிறவிக்க குறைபாடுகள்,இரத்தச்சோகை,இரத்தப் போக்கு அல்லது இரத்த கோளாறுகள்		
IX.	Disorders in the urinary tract or sexual organs, such as disorders of the kidneys, bladder, urinary stones, blood or protein in the urine, or other disorder in genito-urinary tract, AIDS or AIDS related complications වකුගඩු, මුත්‍රාශයේ ගල්, මුත්‍රා සමග ලේ හෝ ප්‍රෝටීන් පිටවීම වැනි මුත්‍ර මාර්ගයේ හෝ ලිංගෝන්ද්‍රිය ආශ්‍රිත අසනීපයකින් හෝ ඒඩ්ස් හෝ ඒ හා සම්බන්ධ වෙනත් රෝගයකින් சிறுநீரகம்,சிறுநீர்ப்பை,சிறுநீரகத்தில் கல் சிறுநீருடன் குருதி அல்லது புரதம் வெளியேறல், (சிறுநீரக தொகுதி அல்லது பாலியல் உறுப்புகள் சம்பந்தமான கோளாறுகள்) எய்ட்ஸ்,அல்லது தொடர்புடைய நோய்கள்		
X.	Disorders in musculoskeletal system(bones, joints, spine, muscles) arthritis, rheumatism or any other disorder සන්ධි ප්‍රදාහය, වාන රෝග, වෙනත් මාංශ හා අස්ථි පද්ධතිය (ඇට, සන්ධි, කොඳු ඇට, පේශි, බන්ධනි, කන්ඩිණ) සම්බන්ධ ආබාධ தசைத்தொகுதி சம்பந்தமான நோய்கள்(எலும்பு, மூட்டு,முதுகெலும்பு, தசைகள்)கீல்வாத நோய், மூட்டுவாதம் அல்லது வேறு ஏதும் நோய்கள்		
XI.	Any other illness, impairment, accident or injury not mentioned above අනතුරකින් හෝ වෙනස්ම අයුරකින් ඇතිවූ ඉහත සඳහන් නොකළ අසනීප ආබාධ හෝ කුඩාල மேலே குறிப்பிடப்படாத வேறேதேனும் நோய்,பலவீனம்,விபத்து அல்லது காயங்கள்		
2) After issuance of this policy			
i. Have you suffered or taken treatment for any illness of serious nature?			
ii. Undergone surgery or advised to do so?			
මෙම ඔප්පුව ලබාගැනීමෙන් පසුව,			
i. ඔබ කුමන හෝ බරපතල රෝගයකින් පෙළුනේද? වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේද ?			
ii. ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වූයේද? / ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වීමට උපදෙස් ලැබී තිබේද?			
காப்புறுதி பெற்றுக்கொண்டதன் பின்னர்			
i. நீங்கள் ஏதேனும் நோய்வாய்ப்புற்றுள்ளீரா? மருத்துவ சிகிச்சை பெறுகிறீர்களா?			
ii. சத்திர சிகிச்சைக்கு ஆளானதுண்டா அல்லது சத்திரசிகிச்சை செய்யுமாறு அறிவுருத்தப்பட்டுள்ளீரா?			
3) Are you currently receiving any medical treatment or are you awaiting for medical or surgical consultation? දැනට කිසියම් අසනීපයක් සම්බන්ධයෙන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර / වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා ගත්තේද? / වෛද්‍ය පරීක්ෂණයකට හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වීමට බලාපොරොත්තු වන්නේද? தற்போது ஏதேனும் நோய்க்காக மருத்துவ சிகிச்சை மருத்துவ ஆலோசனை பெறுகிறீர்களா பரிசோதனைக்கு அல்லது சத்திர சிகிச்சைக்கு செல்வதற்கு எதிர்பார்த்துள்ளீரா?			
4) Have there been any deaths or serious illness amongst your parents, brothers or sisters after this policy issued? If "Yes" state the cause of the death ඔප්පුව ලබාගැනීමෙන් පසු ඔබගේ දෙමාපියන් හෝ සහෝදර සහෝදරියන් බරපතල රෝගාබාධයකින් පෙළුනේද? මියගියේද? இக் காப்புறுதியை பெற்றுக் கொண்டதன் பின்னர் உங்களுடைய பெற்றோர்கள், சகோதர, சகோதரிகள் ஏதேனும் கொடிய நோய்க்கு உள்ளானதுண்டா? / மரணனித்ததுண்டா?			
5) Has there been any change in life style or habits? ඔබගේ රැකියාව, ජීවන වර්ගය, පුරුදු වල කිසියම් වෙනසක් සිදුවී ඇත්ද? உங்களுடைய தொழில், வாழ்க்கைமுறை, பழக்கங்களில் ஏதேனும் மாற்றம் ஏற்பட்டுள்ளதா?			
6) Do you have or had any kind of threat on your life? ඔබගේ ජීවිතය සඳහා කිසියම් තර්ජනයක් තිබේද? තිබී ඇත්ද? உங்கள் உயிருக்கு ஏதேனும் வகையில் அச்சுருத்தல் உள்ளதா? உள்ளாகியுள்ளீரா?			
7) Have you ever been convicted of any criminal offence? Is there any criminal proceedings instituted and /or pending against you? ඔබ කිසියම් දිනක සාපරාධි ක්‍රියාවක් සඳහා වරදකරු වී තිබේද? වරදක් වෙනුවෙන් චෝදනා ලැබ ඔබට විරුද්ධව කුමන හෝ අධිකරණයක නඩුවක් විභාග වෙමින් පවතීද? ஏதேனும் குற்றச்செயலுக்காக உங்களுக்கு எதிராய் நீதிமன்றத்தில் எப்போதாவது குற்றத்தீர்ப்பளிக்கப்பட்டதுண்டா? வழக்கேதும் விசாரணை செய்யப்பட்டு வருகின்றதா?			
8) i. Do you have any other life insurance policy / policies with us or another insurer? If "Yes" please give details including policy number & Sum assured and current status ඔබ අප සමාගමෙන් හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමකින් මීට අමතරව ජීවිත රක්ෂණ ඔප්පුවක් / ඔප්පු ලබාගෙන ඇත්ද? "ඔව්" නම් එම ඔප්පු අංක හා රක්ෂිත මුදල හා ඒවායේ වත්මන් තත්වය සඳහන් කරන්න நீங்கள் எம் நிறுவனத்திடமிருந்து அல்லது வேறு காப்புறுதி நிறுவனத்திடமிருந்து வேறு காப்புறுதி/காப்புறுதிகள் பெற்றுள்ளீர்களா? "ஆம்" எனின் அவ் காப்புறுதி இலக்கம் மற்றும் காப்புறுதி தொகையை குறிப்பிடுக ii. Have you applied for new insurance? If "yes", Has any proposal / policy or any revival been deferred, declined, withdrawn, suspended or accepted with an extra premium? ඔබ විසින් නව රක්ෂණයක් සඳහා අයදුම් කර තිබේද? "ඔව්" නම් එම යෝජනා පත්‍ර / ඔප්පු ප්‍රාණවත් කිරීම ප්‍රතික්ෂේප කර තිබේද? கල් බවන ලද්දේද? திகுள் கிரிම ஓල්ලா அச்சுக்கரையே திබේද? தரவணை அநிர்வக வார்க மூடல்கள் සහිතව පිළිගන්නා ලද්දේද? நீங்கள் வேறேதும் காப்புறுதிக்கு விண்ணப்பித்துள்ளீரா? ஆம் எனின் பிரேரணை இலகாப்புறுதி இல அல்லது புதுப்பித்தல் நிராகரிக்கப்பட்டுள்ளதா? பிற்போடப்பட்டுள்ளதா? அல்லது அதிகரித்த கட்டுப்பணத்தூடன் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்டுள்ளதா? iii. Have you submitted any claim under this policy or any of other policies? If "yes" please give details			

<p>මෙම ඔප්පුව යටතේ හෝ වෙනත් ඔප්පුවක් යටතේ කිසියම් හිමිකමක් ඉල්ලා තිබේද? එසේනම් එම විස්තර සඳහන් කරන්න இவ் காப்புறுதியின் கீழ் அல்லது வேறு காப்புறுதியின் கீழ்? எதேனும் உரிமை கோரிக்கைக்கு விண்ணப்பித்துள்ளீரா? ஆம் எனின் விபரம் தருக</p>		
<p>9) For females only / ස්ත්‍රී පක්ෂය සඳහා පමණි / பெண் ஆயුளுக்கு மாத்திரம் Are you now pregnant? If "yes", Expected date of delivery: ඔබ දැනට ගැබ් ගෙන තිබේද? "ඔව්" නම් දරු ප්‍රසූතිය අපේක්ෂා කරන දිනය : நீங்கள் தற்போது கர்ப்பமுற்றிருக்கிறீர்களா? ஆம் எனின் எதிர்பார்க்கப்படும் பிரசவத் திகதி?</p>		
<p>10) Are you at present in good health and free from all impairments? (If "No", please give full details) Please note that any untrue statement may have the effect of a subsequent claim being repudiated දැනට ඔබ කිසියම් ආබාධයක් හෝ අකර්මන්‍යතාවයක් නොමැතිව හොඳ සෞඛ්‍ය තත්වයකින් පසුවන්නේද? (එසේ නොමැතිනම් ඒ පිළිබඳව සම්පූර්ණ විස්තරයක් සඳහන් කරන්න) අසත්‍ය තොරතුරු සැපයීම හේතුවෙන් වන්දි හිමිකම් නොලැබී යා හැක. நீங்கள் தற்போது எவ்வித நோய், அல்லது குறைபாடுகளுமின்றி சிறந்த உடல்நலத்துடன் உள்ளீரா? (இல்லை எனின் விபரம் தருக) உண்மைக்கு புரம்பாண் தகவல்களை வழங்குமிடத்து எவ்வித நன்மைகளும் வழங்கப்படமாட்டாது</p>		

11) If your answer is "Yes" for question numbers 1,2,3,4,5,6,7,9 and answer is "No" for question number 10, please give details.(please attach related documents)
 ඉහත අංක 1,2,3,4,5,6,7,8,9 ප්‍රශ්න සඳහා "ඔව්" යනුවෙන්ද අංක 10 ප්‍රශ්නය සඳහා "නැත" යනුවෙන්ද පිළිතුරු සපයා ඇතිනම් ඊට අදාළ විස්තර මෙහි සඳහන් කරන්න.(හේතුව , දිනය, වෛද්‍යවරුන්ගේ නමද ඇතුළත්ව, අදාළ රෝග නිශ්චය කාඩ්පත්ද අමුණන්න)
 மேல் குறிப்பிட்டுள்ள வினா இல 1,2,3,4,5,6,7,9 க்கு விடை'ஆம்'எனவும் வினா இல 10 க்கு 'இல்லை' எனவும் பதில் வழங்கியிருப்பின் விபரம் தருக.
 (காரணம், திகதி, வைத்தியர்களின் பெயர் விபரம், நோய் நிருணயச் சிட்டுடைய இணைக்கவும்.)

Child Declaration for children attached to the policy
 சீலிவ ரක්ෂණය යටතේ ඇතුළත් කර ඇති දරුවන් සඳහා වන සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ ප්‍රකාශය
 ஆயுள் காப்புறுதியில் உள்ளடக்கப்பட்டுள்ள குழந்தை சம்பந்தமான உடல்நல வெளிப்படுத்துகை பத்திரம்

Name of the Child / Children දරුවාගේ / දරුවන්ගේ සම්පූර්ණ නම / නම් குழந்தை/குழந்தைகளின் முழுப்பெயர்/பெயர்கள்	Date of Birth උපන් දිනය பிறந்த திகதி	Female / Male ස්ත්‍රී / පුරුෂ ஆண்/பெண்
1.		
2.		
3.		
4.		

Please mark with "Yes" or "No" for below questions පහත සඳහන් ප්‍රශ්න සඳහා "ඔව්" හෝ "නැත" යනුවෙන් පිළිතුරු සපයන්න. கீழ் குறிப்பிட்டுள்ள வினாக்களுக்கு 'ஆம்' அல்லது 'இல்லை' என பதில் வழங்கவும்.	1 st child පළමු දරුවා 1 වනු குழந்தை	2 nd Child දෙවන දරුවා 2 වනු குழந்தை	3 rd Child තෙවන දරුවා 3 වනු குழந்தை	4 th Child සිව්වන දරුවා 4 වනු குழந்தை
<p>01. Have your child / children suffered/required any medical attention or undergone surgery / taken treatment for any illness. If "Yes" please attach relevant medical reports. ඔබගේ ඉහත නම් සඳහන් දරුවා / දරුවන් විසින් කිසියම් අසනීපයකින් පෙලීම / රෝගාබාධයක් සම්බන්ධයෙන් වෛද්‍ය උපදෙස්/පරීක්ෂණයකට / රෝහල් ගතවීමකට හෝ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වී තිබේද? "ඔව්" නම් අදාළ වෛද්‍ය වාර්තා අමුණන්න நீங்கள் மேல் குறிப்பிட்டுள்ள குழந்தை/குழந்தைகள் ஏதேனும் நோயினால்/வருத்தம் தொடர்பாக வைத்தியரின் அறிவுரை/பரிசோதனை/வைத்தியசாலை அனுமதிப்புக்கு அல்லது சத்திர சிகிச்சைக்கு ஆளானதுண்டா? 'ஆம்' எனின் வைத்திய அறிக்கைகளை இணைக்கவும்</p>				

<p>02. Is / are your child / children at present in good health and free from any physical or mental deformity or any impairment? ඔබගේ ඉහත නම් සඳහන් දරුවා / දරුවන් දැනට ශාරීරික හෝ මානසික ආබාධයක් හෝ අකර්මනාකාරයක් නොමැතිව හොඳ සෞඛ්‍ය තත්වයකින් පසුවන්නේද? நீங்கள் மேல் குறிப்பிட்டுள்ள குழந்தை/குழந்தைகள் தற்போது தேகாரோக்கியத்துடனும்/நல்ல மனோநிலையிலும் எவ்வித குறைபாடுகளும்/இன்றி சிறந்த உடல்நலத்துடன் உள்ளார்களா?</p>				
---	--	--	--	--

03. If your answer is "Yes" for question number 1 and answer is "No" for question number 2, please give details.
 (please attach related documents)
 ඉහත අංක 1 ප්‍රශ්නය සඳහා "ඔව්" යනුවෙන්ද අංක 2 ප්‍රශ්නය සඳහා "නැත" යනුවෙන්ද පිළිතුරු සපයා ඇතිනම් ඊට අදාළ විස්තර මෙහි සඳහන් කරන්න. (හේතුව, දිනය, වෛද්‍යවරුන්ගේ නමද ඇතුළත්ව, අදාළ රෝග නිශ්චය කාඩ්පත්ද අමුණන්න)
 மேல் குறிப்பிட்டுள்ள வினா இல 1 க்கு 'ஆம்' எனவும் வினா இல 2 க்கு இல்லை எனவும் பதில் வழங்கியிருப்பின் விபரம் தருக.
 (காரணம், திகதி, வைத்தியரின் பெயர் விபரம், நோய் நிருணய சிட்டையை இணைக்கவும்.)

Declaration / ප්‍රකාශය / பிரகடனம்

I do hereby declare that to the best of my knowledge and belief the above statements are true and complete and that I have disclosed all Material facts which would influence the assessment and acceptance of this policy reinstatement/changes and if any untrue averment be contained, the said contract shall be absolutely null and void and no any claim shall be paid under this policy.

මා මෙහි ප්‍රකාශ කර සිටින්නේ මාගේ සම්පූර්ණ දැනුම හා විශ්වාසය අනුව ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා සම්පූර්ණ බවත් මෙම ඔප්පුව පිළිගැනීමට හා ප්‍රාග්ධනය සඳහා ඉවහල් වන සෑම වැදගත් කරුණක්ම මා මෙහිලා සඳහන් කර ඇති බවත්ය. මෙහි කිසියම් අසත්‍ය ප්‍රකාශයක් අඩංගු වී තිබේ නම් මෙම රක්ෂණ ගිවිසුම ශුන්‍ය හා බල රහිත වන බව පිළිගනිමි.

நான் மேலே அளிக்கப்பட்ட எல்லாக் கூற்றுக்களும் எனது அறிவிக்கும் நம்பிக்கைக்கும் எட்டியவரையில் யாவும் உண்மை எனவும், இவ் ஒப்பந்தத்தை ஏற்றுக்கொள்வதற்கு/புதுப்பிப்பதற்குமான சகல முக்கிய விபரங்களையும் வெளிப்படுத்தியுள்ளேன். இங்கு தரப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அல்லது கூற்றுக்கள் எதுவும் உண்மையற்றதென உணரப்படின் குறிப்பிட்ட ஒப்பந்தம் முற்றுமுழுதாக செயலிழந்து செல்லுபடியற்றதாகிவிடும் என்பதனை நான் அறிவேன்.

Signature of the Life Assured
 රක්ෂිතයාගේ අත්සන
 பிரதான காப்புறுதியாளரின் கையொப்பம்

Signature of the Spouse
 කලත୍ରයාගේ අත්සන
 வாழ்க்கைத் துணையின் கையொப்பம்

Date
 දිනය
 திகதி

Witness / සාක්ෂි / சாட்சி

Name:
 නම :
 பெயர்:

Signature:
 අත්සන :
 கையொப்பம்

Date
 දිනය :
 திகதி

To be completed by the Branch Manager / Officer in Charge / Branch Underwriter / Justice of Peace

I certify that above signatures were placed by, andholder of NIC numbers, andbefore me on

Branch Manager/ Officer in Charge –Life /Branch Underwriter/Justice of Peace

Official Seal:-