



HNB ASSURANCE PLC
Level 03, Iceland Business Center, No. 30, Sri Uttarananda Mawatha,
Colombo 03.

LSDOC001

Tel: 011 4 713 802 Help Line: 011 4 384 384
Fax: 011 4 677 902 E-Mail: info@hnbassurance.com
Web: www.hnbassurance.com

POLICY ALTERATION REQUEST FORM

රක්ෂණ ඔප්පුවේ වෙනස් කිරීම් සඳහා වූ ඉල්ලුම් පත

Policy Number ඔප්පු අංකය	Insured Name රක්ෂිතයාගේ නම		Insured ID No: රක්ෂිතයාගේ ජා.හැ.අංකය
Telephone No: දුරකථන අංකය	Agent Name රක්ෂණ උපදේශකගේ නම	Code අංකය	Branch ශාඛාව

Instructions / උපදෙස් :

- 01. For your own protection do not sign on a blank form. Please check the completed information before signing.**
 ඔබගේ ආරක්ෂාව පිණිස හිස් පත්‍රිකාවක අත්සන් නොයොදන්න. අත්සන/න් යෙදීමට පෙර සම්පූර්ණ කරන ලද තොරතුරු නැවත පරීක්ෂා කරන්න.
- 02. The request is not effective unless accepted by the Company.**
 ඉල්ලා සිටින සංශෝධනයන් සමාගම පිළිගන්නා තුරු බලාත්මක නොවේනු ඇත.

I / we hereby request that this policy be changed in accordance with particulars below (item(s) no.), with the understanding and agreement that no request is valid until received by HNB ASSURANCE PLC during the policy term and is finally accepted by the company.
 මම / අප මෙම රක්ෂණ ඔප්පුවේ පහත දැක්වෙන වෙනස් කිරීම් අංක සිදු කිරීම සඳහා ඉල්ලා සිටින අතර එම වෙනස්වීම්, මෙම ඉල්ලීම HNB ඇෂුරන්ස් PLC වෙත ලැබී, රක්ෂිත කාලය තුළදී එය ආයතනය විසින් පිළිගෙන තහවුරු ප්‍රකාශයක් නිකුත් කරන තෙක් එහි වලංගු භාවයක් ඇති නොවන බැව් මින් අවබෝධ කොට ගනිමි / මු.

01. Change of premium payment frequency / වාරික ගෙවන ආකාරය වෙනස් කිරීම			
<input type="checkbox"/> Annually (Once a year) වාර්ෂිකව	<input type="checkbox"/> Semi - Annually (Twice a year) අර්ධ වාර්ෂිකව	<input type="checkbox"/> Quarterly (Four times a year) ත્રෛමාසිකව	<input type="checkbox"/> Monthly (Every month) මාසිකව
02. Change of mailing address / ලිපි ගනුදෙනු සඳහා ලිපිනය වෙනස් කිරීම			
New Address / නව ලිපිනය :			
03. Change of telephone number / දුරකථන අංකය වෙනස් කිරීම			
New telephone no / නව දුරකථන අංකය:			
04. Change of beneficiary and new inclusions / ප්‍රතිලාභියා වෙනස් කිරීම හා නව ඇතුළත් කිරීම්			
Please change beneficiaries of my policy as follows & cancel all previous nominations. (Please indicate all nominees) මගේ ජීවිත රක්ෂණ ඔප්පුවෙහි ප්‍රතිලාභීන් පහත සඳහන් පරිදි වෙනස් විය යුතු වන අතර මීන් පෙර මා විසින් නම් කර ඇති සියලුම ප්‍රතිලාභීන් මෙයින් අවලංගු වන බව දන්වා සිටිමි. (ඔප්පුව සඳහා ඇතුළත් වියයුතු සියළුම නාමිකයන්ගේ නම් පහත සඳහන් කළ යුතුය.)			
Name / නම	NIC No: / ජා.හැ.අංකය	Date of birth / උපන් දිනය	Relationship to insured / රක්ෂිතයාට ඇති සම්බන්ධතාවය
.....
.....
.....

Name corrections / නම නිවැරදි කිරීම

05. Insured / රක්ෂිතයා 06. Spouse / කලත්‍රයා 07. Child / දරුවා 08. Beneficiary / ප්‍රතිලාභියා

.....

Change of basic plan / මූලික රක්ෂණ සැලසුමේ ප්‍රතිලාභ වෙනස් කිරීම

09. Term reduction 10. Sum assured reduction 11. Rider benefits inclusion 12. Rider benefits deletion
 කාලය අඩු කිරීම රක්ෂිත මුදල අඩු කිරීම අතිරේක ප්‍රතිලාභ ඇතුළත් කිරීම අතිරේක ප්‍රතිලාභ ඉවත්කිරීම

Benefit details ප්‍රතිලාභ විස්තරය	Insured / රක්ෂිතයා			Spouse / කලත්‍රයා		
	Original sum assured මූලික ඔප්පුවේ රක්ෂිත අගයන්	New sum assured නව රක්ෂිත අගයන්	New term නව කාලය	Original sum assured මූලික ඔප්පුවේ රක්ෂිත අගයන්	New sum assured නව රක්ෂිත අගයන්	New term නව කාලය
Basic Sum Assured මූලික ප්‍රතිලාභ						
Additional life Benefit (LTR) / අතිරේක ජීවිත ප්‍රතිලාභය						
Accidental Death Benefit (ADB) / හදිසි අනතුරු මරණ ප්‍රතිලාභය						
Total Permanent Disability / පුර්ණ නිත්‍ය අකර්මන්‍යතාවය <input type="checkbox"/>						
Accidental only / හදිසි අනතුරු <input type="checkbox"/>						
Accidental and sickness + WP / හදිසි අනතුරු හා අසනීප <input type="checkbox"/>						
Permanent Partial Disability / නිත්‍ය අර්ධ අකර්මන්‍යතා ප්‍රතිලාභය						
Critical Illness (CI) / අසාධ්‍ය අසනීප ආවරණය						
Hospital Benefit per day / රෝහල් ගතවීමේ ප්‍රතිලාභය						
Family Income Benefit (FIB) / පවුල් අදායම් ප්‍රතිලාභය						
Medical Reimbursement Benefit / වෛද්‍ය වියදම් ප්‍රතිපූරණ ප්‍රතිලාභය						
Surgery Benefit / සැත්කම් ප්‍රතිලාභය						
Araksha Rider LTR / අතිරේක ජීවිත ප්‍රතිලාභය ආරක්ෂා ප්‍රතිලාභය MIB/ මාසික අදායම් ප්‍රතිලාභය						
Hospital Benefit per day - (Child) රෝහල් ගතවීමේ ප්‍රතිලාභය (දරුවා)						
Critical Illness (CI) for child / අසාධ්‍ය අසනීප ප්‍රතිලාභය (දරුවා)						
Surgery Benefit / සැත්කම් ප්‍රතිලාභය (දරුවා)						

13. Others / වෙනත්

- Attachment(s) / ඇමිණුම් :**
- 01. Policy document රක්ෂණ ඔප්පුව
 - 02. Affidavit දිවුරුම් ප්‍රකාශය
 - 03. Copy of ID card / BC ඡා.හැ / උප්පැන්න සහතිකයේ පිටපත
 - 04. Declaration of good health යහපත් සෞඛ්‍ය තත්ව ප්‍රකාශය

Payment for the change LKR Deposit receipt No.
 ගෙවන ලද මුදල රු..... ලදුපත් අංක

.....
Signature of Insured **Signature of Spouse** **Date of Signature**