



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

Proposal for Additional Benefit Addition

අමතර ප්‍රතිලාභ ඇතුලත් කිරීම සඳහා වූ යෝජනා පත්‍රය

1. Policy Number / රක්ෂණ ඔප්පු අංකය:
2. Full name of the Life Assured / ජීවිත රක්ෂිතයාගේ සම්පූර්ණ නම:
3. Date of birth / උපන් දිනය:
4. Name and address of the family doctor / පවුලේ වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ ලිපිනය:
5. How long is the doctor known to you / ඔබ, ඔහු / ඇය කොතරම් කලක් දැන සිටියේද?:
6. Details of the life assurances/ඔබගේ අනිකුත් ජීවිත රක්ෂණ පිළිබඳ විස්තර:
 - 6.1 Has an application for Life, Critical Illness, Accident, Disability or Health Assurance on your life even been declined, postponed or accepted on special terms? / ඔබගේ ජීවිතය පිළිබඳ යම් අසාධ්‍ය රෝග, ජීවිත, හදිස අනතුරු, අකර්මණ්‍යතා හෝ සෞඛ්‍ය රක්ෂණයක් කිසි දිනෙක ප්‍රතික්ෂේප කොට, කල්දමා හෝ විශේෂ කොන්දේසි මත භාරගෙන තිබේද?.....
 - 6.2 Is any Critical Illness cover already in forced on your life? / ඔබගේ ජීවිතය පිළිබඳ අසාධ්‍ය රෝග රක්ෂණයක් දැනටමත් ක්‍රියාත්මකද?.....
 - 6.3 Has any proposal for Critical Illness cover been made on your life in the previous 12 months? / පසුගිය දොළොස් මස ඇතුලතදී ඔබගේ ජීවිතය පිළිබඳ අසාධ්‍ය රෝග රක්ෂණයක් සඳහා යෝජනා පත්‍රයක් ඉදිරිපත් කරන ලද්දේද?

7. Medical Details / සෞඛ්‍ය පිළිබඳ උපදෙස්			
Do you suffer from or have ever suffered from any illness, disturbances, or problem or problems connected with/ ඔබ පහත සඳහන් අසනීපයකින් හෝ අපහසුතාවයකින් පෙළෙයිද? නැතහොත් කවදා හෝ පෙළුනේද?			
7.1	The heart or blood vessels such as high or low blood pressure, circulatory problems, heart-attack, heart failure, angina, chest pain, heart defect, stroke, decrease of the veins or arteries or others/ අධික හෝ මන්ද රුධිර පීඩනය, රුධිර සංසරණය පිළිබඳ අසනීපයක්, හෘදයාබාධයක්, හෘදය ක්‍රියා විරහිතවීම, පපුවේ වේදනාව, සහජ හෘද දෝෂ වැනි හෘද සංසරණ පද්ධතියේ රෝගයකින්	Yes ඔව්	No නැත
7.2	The brain, nervous system or mental illness such as epilepsy, double vision, paralysis, nervous disturbances or neurosis, mental disturbance or other disorders?/ අපස්මාරය, ද්විත්ව දෘෂ්ටිය, පක්ෂාසානය වෙනත් ස්නායු පද්ධතියේ හෝ මානසික ආබාධයකින්	Yes ඔව්	No නැත
7.3	Have you ever attempted suicide? / ඔබ කවදා හෝ සියදිවි හානිකර ගැනීමට තැත්කර තිබේද?	Yes ඔව්	No නැත
7.4	Cancer growth, tumours or any other malignancy? / පිළිකා, ගුලම ගෙඩියක් හෝ වෙනත් අහිතකර වර්ධනයකින්	Yes ඔව්	No නැත
7.5	The digestive system disorders such as gastric or duodenal ulcers or other	Yes	No

	disorders of the stomach or intestines such as inflammations, haemorrhage, jaundice, diseases of the liver, gall bladder or pancreas or others/ ආමාශික හෝ ග්‍රහණි ව්‍යාධි හෝ ප්‍රදාහයක් වැනි ආමාශයේ හෝ බඩවැලේ වල ආබාධයක් හෝ ලේ ගැලීම්, සංගමාලය, අක්මාවේ, පිත්තාශයේ හෝ ඇල දිවෙහි ආබාධ වැනි ජර්ණ පද්ධතියෙහි ආබාධයකින්	ඔව්	නැත
7.6	The urinary tract or sexual organs disorders such as disorders of the kidneys bladder, urinary stones, blood or protein in the urine or other disorders./වකුගෙඩු, මුත්‍රාශයේ ගල්, මුත්‍රා සමග ලේ හෝ ප්‍රෝටීන් පිටවීම වැනි මුත්‍රා මාර්ගයේ හෝ ලිංගේන්ද්‍රිය ආශ්‍රිත අසනීපයකින්	Yes ඔව්	No නැත
7.7	The blood or metabolism system disorders such as diabetes mellitus, elevated cholesterol, thyroid gland or hormonal disturbances, anaemia, coagulation disorders or other disturbances./ සීනි සහිත දියවැඩියාව, කොලෙස්ටරෝල් වැඩිවීම, තයිරොයිඩ් ග්‍රන්ථියේ හෝ හෝමෝන වල ආබාධ, ලේ කැටි ගැසීම පිළිබඳ ආබාධ හෝ වෙනත් රුධිරමය හෝ පරිවෘත්තීය ආබාධ	Yes ඔව්	No නැත
7.8	The Musculoskeletal system (Bones, spine, intervertebral discs, muscles, ligaments, tendons) disorders such as arthritis, rheumatism or any other disorder./ සන්ධි/ප්‍රදාහය, වාත රෝග වෙනත් මාංශ සහ අස්ථි පද්ධතිය (ඇට, සන්ධි, කොඳු ඇට, පේශි, බන්ධනී, කන්ධරා) සම්බන්ධ ආබාධ	Yes ඔව්	No නැත
7.9	The eyes such as decreased visual acuity or refraction power(not wholly corrected by spectacles retinal disorder or optic neuritis or the ears such as hearing difficulties, inflammation, balance or other disorders. / දෘෂ්ටිය හෝ වර්තනය පිළිබඳ (ඇස් කණ්ණාඩි මගින් සම්පූර්ණයෙන් නිවැරදි නොකළ) ආබාධ, දෘෂ්ටි විනානය පිළිබඳ ආබාධයකින්, දෘෂ්ටි ස්නායු ප්‍රදාහය වැනි ඇස් වල වල ආබාධ හෝ ප්‍රදාහය, තුලනය පිළිබඳ ආබාධ, ඇසීම අඩුවීම වැනි කනෙහි ආබාධ	Yes ඔව්	No නැත
7.10	The respiratory organs disorders such as asthma, recurrent or chronic bronchitis, pneumonia, pulmonary tuberculosis or other disorders./ ඇඳුම, පුනරාවර්ථන හෝ නදන්ගත ශ්වසනාල ආබාධ, නිවීමෝනියාව, පෙනහළු, ක්ෂය රෝගය හෝ වෙනත් ශ්වසන අවයව වල රෝග	Yes ඔව්	No නැත
7.11	Any other illness, impairment or injury (accidental or otherwise) not mentioned above/ අනතුරකින්, වෙනසම් අයුරකින් ඇති වූ ඉහත සඳහන් නොකළ අසනීප ආබාධ හෝ තුවාල	Yes ඔව්	No නැත
7.12	Any disorder of the breast, uterus, cervix or ovaries./ පියයුරු, ගර්භාෂය, ගර්භාෂ ශ්‍රීටිය හෝ ඩිම්භ කෝෂ ආශ්‍රිත ආබාධ හෝ තුවාල For female applicants only. (ස්ත්‍රී ඉල්ලුම්කරුවන්ට පමණයි)	ඔව් Yes	නැත No

If the answer to any of the above questions (7.1 to 7.12) is "Yes", please give details supported by hospital diagnosis tickets/ ඉහත ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට (7.1 සිට 7.12 දක්වා) පිළිතුර "ඔව්" නම් සම්පූර්ණ විස්තර සඳහන් කරන්න. රෝග නිශ්චය වාර්තා අමුණන්න.

<u>Question No:</u> <u>ප්‍රශ්න අංකය</u>	<u>Problem</u> <u>ගැටළුව</u>	<u>Descriptions</u> <u>විස්තර</u>	<u>Name of the Physician/Consultant</u> <u>වෛද්‍යවරයාගේ/උපදේශකයාගේ නම</u>
.....
.....
.....
.....

<p>8. Family history / පවුලේ ඉතිහාසය</p> <p>Have your parents, brothers or sisters, close blood relatives whether living or dead ever suffered from heart disease, stroke, cancer, kidney disease, diabetes, High blood pressure or any mental disorder prior to age 65. / දැනට ජීවත් වන හෝ නොවන ඔබගේ ස්වභාවික දෙමාපියන් හෝ සහෝදර සහෝදරියන් කිසිවකු වයස 65ට පෙර හෘදය රෝගයකින්, ආසානගතය, පිළිකාවක්, වකුගඩු අසනීපයක්, දියවැඩියාව, අධික රුධිර පීඩනය හෝ මානසික ආබාධයකින් පෙළුනේද?</p>	<p>Yes ඔව්</p>	<p>No නැත</p>
---	--------------------	-------------------

If "YES" please give details, / "ඔව්" නම් පහත විස්තර සපයන්න

<u>Sickness / Disturbance or problem</u> අසනීපය/ආබාධය හෝ ගැටලුව	<u>Relationship</u> නැතම	<u>Age</u> වයස	<u>Living/dead</u> ජීවතුන් අතර සිටීද/නැතිද
.....
.....
.....

I hereby declare that the statements made in this proposal are true and complete, and I agree that these statements together with the statements to be made to the Medical Examiner if a Medical Examination should be required, shall be basis of the contract between me and HNB Assurance PLC. I consent to the HNB Assurance PLC, seeking information from any doctor who at any time has attended on me concerning anything which affects my physical or mental health or seeking information from any insurer on my life and I authorise the giving of such information. / මෙම යෝජනා පත්‍රයෙහි සඳහන් කරුණු සම්පූර්ණ මෙන්ම, සත්‍ය බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. එමෙන්ම මෙම ප්‍රකාශයන්, වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් අවශ්‍ය නම්, එහිදී වෛද්‍යවරයා වෙත කරන ප්‍රකාශයන් යන දෙකම මා සහ එච්.එන්.බී.ඇෂුරන්ස් පී.එල්.සී අතර ගිවිසුමෙහි පදනම වන බව දනිමි. මාගේ ශාරීරික හෝ මානසික සෞඛ්‍ය සම්බන්ධයෙන් ප්‍රතිකර්ම ලබාගන්නා ඕනෑම වෛද්‍යවරයෙකුගෙන් හෝ මාගේ ජීවිතය රක්ෂණය කර ඇති ඕනෑම රක්ෂණ ආයතනයකින් තොරතුරු විමසීමට මෙන්ම ලබා ගැනීමටත් එච්.එන්.බී.ඇෂුරන්ස් පී.එල්.සී වෙත පූර්ණ අනුමැතිය සහ අවසරය ලබා දෙමි.

I agree to inform HNB Assurance PLC of any changes in my health or occupation between the date of this proposal and the date of acceptance. / මෙම යෝජනාව ඉදිරිපත් කළ දිනය සහ එය පිළිගන්නා දිනය දක්වා අතර කාලය තුළ මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වයේ හෝ රැකියාවේ කිසියම් වෙනසක් සිදුවුවහොත් ඒ පිළිබඳව එච්.එන්.බී.ඇෂුරන්ස් පී.එල්.සී වෙත දැන්වීමට මම එකඟ වෙමි.

.....
 Date දිනය
 Signature of life to be assured / රක්ෂිතයාගේ අත්සන

Signature of witness / සාක්ෂිකරුගේ අත්සන:.....

Name of witness / සාක්ෂිකරුගේ නම:.....

Date / දිනය:.....

Place / ස්ථානය:.....