



යහපත් සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ ප්‍රකාශනය

ගිවිසුම් අංකය:

වැදගත්: කරුණාකර ඔබේ සෞඛ්‍ය තත්වය, රුකියාව, විනෝදාංශ හා පුරුදු පිළිබඳ සම්පූර්ණ විස්තරයක් සපයන්න. සත්‍ය තොරතුරක් වසන්කිරීම හෝ වැරදි ආකාරයෙන් සැපයීම, ඔබගේ රක්ෂණ ඔප්පුව ඉත්‍ය හා අවලංගු බවට පත්කිරීමට හේතු වේ. යම් තොරතුරක් වැදගත් ද යන්න පිළිබඳ සැකයක් වේ නම්, එවැනිතක් හෙළිදරව් කිරීම ඔබේ යහපත පිණිසම හේතු වේ.

1. රක්ෂිතයා

- 1.1 සම්පූර්ණ නම : _____
- 1.2 වර්තමාන ලිපිනය : _____
- රට : _____ නගරය : _____
- විද්‍යුත් තැපෑල ලිපිනය : _____ දුරකථන අංකය : _____
- 1.3 උපන් දිනය : _____
- 1.4 ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය : උස : _____ බර : _____
- 1.5 රුකියාව/තනතුර/ව්‍යාපාරය සහ ස්වභාවය : _____
- සේව්‍යෝජකයාගේ නම : _____

2. ඔබේ සෞඛ්‍ය තත්වය

ඔබ දැනට පහත සඳහන් අඛණ්ඩතාවයකින් හෝ රෝගයකින් පෙළෙන්නේද, නැතහොත් ඔබ පසුගිය වසර 10 තුළ එවැනිතකින් පෙළුනේද? නොවීයේ නම් එවැනිතක් වැළඳුනේද?

	ඔව්	නැත
2.1 දියවැඩියාව		
2.2 අධි රුධිර පීඩනය		
2.3 කොලෙස්ටරෝල් අධිකතාව		
2.4 හෘදය හා රුධිරවාහිණි පද්ධතියේ කිසියම් රෝග. උදා: හෘදයාබාධ, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව, පපුවේ වේදනාව, හෘදයේ සිදුරක් (ASD, VSD)		
2.5 කෝෂධ, ගැටිති, ගෙඩි වර්ධනයක් හෝ ඕනෑම වර්ගයක පිළිකාවක්		
2.6 රක්තභීතතාව, ලියුකේමියාව, තැලෙසීමියාව ආදී රුධිරගත රෝග		
2.7 මොළයේ හෝ ස්නායු පද්ධතියේ කිසියම් රෝග. උදා: අසමාරය හෝ සිනිමුර්ජාව, වලිප්පුව, අංශභාගය, ආසානය ආදිය		
2.8 පෙනහළුවල කිසියම් රෝග. උදා: නිතර ඇතිවන කැස්ස, ඇදුම, ශ්වාසනාලිකා ප්‍රදාහය, බේටය සමඟ රුධිරය පිටවීම, ක්ෂය රෝගය ආදිය		
2.9 ආමාශය, බඩවැල ආශ්‍රිත හෝ ආහාර ජීරණ පද්ධතියේ රෝග. උදා: ආමාශගත වණ, නිදන්ගත අජීරණ/අනිසාරය/උදරයේ වේදනාව, අරශස් වණ, අණ්ඩවායුව, හර්නියා හෝ අක්මාවේ රෝග, කහ උණ, සංගමාලය හෝ පිත්තාශ රෝග ආදිය		
2.10 ප්‍රජනක-මුත්‍ර පද්ධතියේ කිසියම් රෝග. උදා: තත්වය, ඩිම්බාධාර කෝෂධය, එන්ඩොමෙට්‍රියෝසිස්, අධික හෝ අක්‍රමවත් ආර්තවය, පුරුප්පික ආබාධ/වකුගවු/මුත්‍රාශ ගල, වකුගවු අක්‍රියවීම හෝ වෙනත් කිසියම් මුත්‍රා රෝග ආදිය		

	ඔව්	නැත
2.11. ඇසේ, කනේ, නාසයේ හෝ උගුරේ කිසියම් රෝග. උදා: ඇසේ සුද, ගලගන්විය ආදිය		
2.12. කොඳුඇටපෙළ, අස්ථි, සන්ධි ආශ්‍රිත රෝග/ආබාධ හෝ රක්තවාතය, වාතරක්තය/වාතරක්ත උණ, සන්ධි ප්‍රදාහය		
2.13. ලිංගිකව බෝවන රෝග කිසිවක්. උදා: ගොනෝරියා, සිප්ලස්, ඒච්ඒස්, හෝ ලිංගාශ්‍රිත තුවාල හෝ ශ්‍රාවයන්		
2.14. නිදන්ගත හෝ සහජ සමේ රෝග තත්වයන්		
2.15. කිසියම් මානසික ආබාධයක්, ආබාධයක් හෝ රෝග තත්වයක්		
2.16. කිසියම් සහජ ආබාධයක්, විකෘතිතා හෝ අක්‍රමිකතා		
2.17. මෙහි සඳහන් නොකළ වෙනත් කිසියම් රෝග තත්වයන්		

'ඔව්' නම් කරණාකර රෝගයේ/ආබාධයේ, ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම සහ සියලුම අතිරිත සායනික හා රසායනාගාර පරීක්ෂණ වාර්තා පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න.

3. වෙනත් තොරතුරු

	ඔව්	නැත
3.1. ඔබ පසුගිය වසර 5 තුළ කිසියම් සාමාන්‍ය පරීක්ෂණ සහ රුධිර පරීක්ෂණ සඳහා වෛද්‍යවරයෙක්/ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙක් හමුවී තිබේ ද?		
3.2. ඔබ මත්පැන්/මත්ද්‍රව්‍ය භාවිත කරන්නේ ද? නැතහොත් දුම්පානය කරන්නේ ද? (ඒසේ නම්, කරණාකර වාර ගණන හා ප්‍රමාණය සඳහන් කරන්න)		
3.3. රක්ෂණය සඳහා වූ ඔබේ කිසියම් යෝජනාවක් ප්‍රතික්ෂේප කර හෝ කල් දමා හෝ අතිරේක වාර්තයක් සමඟ පිළිගැනීමක් සිදුකර තිබේ ද?		
3.4. ඔබේ/ඔබගේ ඥාතියෙකුට ජීවිත තර්ජනයක් තිබේ ද? නැතහොත් ඔබට විරුද්ධව කිසියම් සාපරාධී නඩුවක් ගොනුකර තිබේ ද? නැතහොත් නඩුවක් විභාග වෙමින් පවතින්නේ ද?		

'ඔව්' නම් කරණාකර සම්පූර්ණ විස්තර සඳහන් කරන්න.

ප්‍රකාශනය

මා විසින් ලබා දී ඇති ඉහත ප්‍රකාශන සහ පිළිතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මම ප්‍රකාශ කරමි. මෙම ප්‍රකාශන මා සහ සීමාසහිත සෙලින්කෝ ජීවිත රක්ෂණ සමාගම අතර රක්ෂණ ගිවිසුමේ කොටසක් වන බවට මම එකඟ වෙමි. මෙම සහතිකය සඳහා මාගේ ඉල්ලීම අනුමත කිරීමට පෙර හේතුව දැන සිටි රෝග හෝ තුවාල සම්බන්ධ කිසිදු හිමිකම්පෑමක් සඳහා සෙලින්කෝ ජීවිත රක්ෂණ සමාගම වගකියනු නොලැබේ.

මම සෙලින්කෝ ජීවිත රක්ෂණ සමාගමේ කිසියම් නියෝජිතයෙකුට හෝ වෛද්‍ය නිලධාරියෙකුට කිසියම් රජයේ/පෞද්ගලික රෝහලක, සායනයක, තේවාසික රෝහලක, උපස්ථානාගාරයක හෝ ස්වාස්ථාලයක ඇඳ ඉහ ටිකට්පත හෝ වෙනත් කිසියම් සායනික සටහන් කියවා ගැනීමට හෝ ලබාගැනීමට හෝ වෙනත් කිසියම් රක්ෂකයෙකුගෙන් තොරතුරු ලබාගැනීමට අවසරය ලබාදෙමි.

දිනය : _____

_____ රක්ෂිතයාගේ අත්සන