My No. & 7/4/1/22

Ministry of Public Administration and Home Affairs, Independence Square, Colombo 07. 22nd July, 2005.

Ministry Secretaries, Chief Secretaries of Provincial Councils and Heads of Departments,

Establishment of a new Insurance Scheme (Agrahara) for Public Officers as proposed in the 2005 Budget

Your attention is drawn to Public Administration Circular No. 12/2005 dated 18.05.2005 on the above subject and the following amendments and additions will be made effective from 01.01.2005.

- 02. Paragraph No. 04 of the above Circular is re-numbered as 04.1 and the following are included now as II and III.
 - II. According to Annex I hereto, applications for registration under the new Insurance Scheme (Agrahara) for Public Officers should be forwarded before 31.08.2005 by all Public Officers to the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. through the Heads of their Departments.
 - III. New entrants to the Public Service as well should duly perfect the application for membership in the Insurance Scheme for Public Officers and forward the same to the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. through the Heads of their Departments together with a copy of the letter conforming the assumption on duty.
- 03. Paragraph 7 of the above Circular is re-numbered and amended as follows
 - i. The Head of the Departments should be informed within 07 days of hospitalization or the occurrence an accident or a natural death. All the relevant bills both medical and hospital charges should be attached to the claims and forwarded to Head Office of the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. within a month through the Head of the Department.

Address:- Manager,
Public Service Insurance Department,
Sri Lanka Insurance Corporation Ltd.,
No. 21, Vauxhall Street,
Colombo 02.

- ii. When claming Insurance dues for spectacles original copies of receipt for money paid as consultation fees to the Doctors (Channel receipt) and the receipt for the purchase of spectacles (receipt with rubber seal) should be forwarded to the Insurance Corporation.
- iii. When claming for indoor treatment copy of the Diagnosis Card certified by Heads of the Institutions, originals of all receipts (rubber stamped certified payments) medical recommendations regarding medicine obtained and tests carried out with receipts outside the hospital, during the hospital stay should be forwarded.

When taking treatment in a private hospital the part to be perfected by the Doctor in the application for Agrahara benefits as shown in annex11 should be completed and forwarded.

- IV. Action should be taken by the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd to settle the claims within 10 working days.
- V. If the patient is receiving indoor treatment in a Hospital, a message should be given to one of the following telephone Nos. without fail before he is brought back home.

011 - 2357357 071 - 2357357 077 - 3257357 072 - 2357357

- VI. When making an application for benefits for the first time a recent photograph of passport size certified by the Head of the Department should be forwarded to the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd.
- VII. The application for Insurance entitlements should be forwarded before the due date, as shown Annex II. The relevant entitlements will be re-imbursed direct to the applicant by the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. When making such payments a copy of the covering letter should be forwarded to the Director General of the Budget.

- 04. No. IV is added as follows under paragraph 08
 - IV. The following establishments have been named as Institutions not recognized by the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. in connection with entitlements to Medical Insurance benefit and therefore bills issued by these Institutions will not be reimbursed by the Sri Lanka Insurance Corporation Ltd.
 - 1. Kolonnawa Nursing Home.
 - 2. Nugegoda Nursing Home.
 - 3. Borella Private Hospital.
 - 4. Rajagiriya Nursing Home Pvt. Ltd.
- 05. According to Part III of the annex I to the Circulars for the purpose of debt cover a perfected copy of the Debt Redemption Cover in respect of all loans including vehicle loan—which require guarantors except Property and Housing Property Loans obtained by Public Officers under Chapter XXIV of the Establishments Code should be forwarded to the Sri—Lanka—Insurance Corporation Ltd through the Heads of the Departments. Likewise the second copy should be given to the debtor. The third copy should be filed of record in the loan file.

Sgd./ D. Dissanayake Secretary Ministry of Public Administration and Home Affairs.

		୩ ପ୍ରୟୁତି - 1
21		



SRI LANKA INSURANCE

Corporation Ltd

Recent passport size Photograph of Member

All questions should be answered in English as these data is requested for compute Policy No):- Name of the Member in Full):- Private Address):-	terization
Name of the Member in Full):- O2 Private Address):-	
O2 Private Address):-	
03 National Identity Card No):- Service	No):-
04 Age):- Date of Birth):-	I
04 11go)	
05 Present Post):-	
Date of First Appointment):-	
Name of the Department / Ministry and Provincial Council):-	
Name of the Previous Department / Ministry and Provincial Council):-	
08 The Date of Transfer to Present Place):-	
09 Official Address):-	
10 Contact Numbers	
Office):- Home):-	
Office):- Home):-	
Mobile):-	
Mobile):- Email Address):-	
Mobile):-	
Mobile):- Email Address):-	

If you wish to have your claim payments to be directly credited to your bank account, please indicate your account number. Any change of bank account should be intimated promptly.

12	Civil Status):- Married Unmarried		
13	If Married Name of Spouse):-		
	Age):- Date of Birth):-		
14	Work Place (Department / Institute) of the Spouse):-		
			D. CD. d
15	Name of the Unemployed Children (below 21Yrs)	Age	Date of Birth
	I		
	II.		
	III.		
	IV.		
	V		
	VI		
	VII.		
16	If Unmarried and the parents are below 70 yrs I. Fathers Name	.Age	Date of Birth
	1. Faulets Name		
	II. Mothers Name		
	III. Father and Mother depend on you. If yes from what date		
17	Are you & Dependents in good health? If not Give details)	:-	
I he	ere by certify that the above statement is true and accurate		
		Signature of th	e Applicant
 Na	ame & signature of the Head of Department		

Name & signature of the Head of Department On Company / Department stamp



රාජා සේවක රක්ෂණ දෙපාර්තමේන්තුව PUBLIC SERVANTS INSURANCE DEPARTMENT 21, VAUXHALL STREET, COLOMBO - 02

: 011-2357357 / 2357000 Hot Line

ජා.හැ.අංකය : Identity Card No :.

දුගුහාර සැත්කම් හා රෝහල් ගාස්තු ආරක්ෂණය - හිමිකම් ඉල්ලුම් පතුය

marina (Branda) maa	a්ණ වලට පිළිතුරු සැපයීම අතිවාර්යයවේ .	
	stions should be answered	
· .		
ආරක්ෂණ මප්පු	අංකය :	හිමිකම් අංක ය :
nsurance Policy	y No : PSI/AI	Claim No :.AC/
රක්පිත යා :-		
01.	තම (යම්පූර්ණයෙන්) :-	*
02.	උපන් දිනය :-	ි වයස
	Date of birth :	Age :
03.	1 පූද්ගලික ලිපිනය :-	
	Private Address:	
	11 රැකියාව කරන ස්ථානයේ ලිපිනය :-	න යතුර
•	Address of Working place:	නයාතූර Designation :
	111 වර්තමාන සේවා ස්ථානයට මාරුවක් ලැබ ප දිනය	ැමිණියේ නම්, කලින් සේවය කල ස්ථානය හා පැමිණි
		ment, date reported to the same place and previous
	place of work :නවාම්පූරුෂයා / බීරීඳ රැකියාවක නියුතුව සිටින්නෙ	To a Survey of Manager and Addition
04.	න්වාම්පුරුෂයා / බර්ද රැකියාවක තියුතුව සිටිත්තේ	ලද යන වග හා ඇයගේ/ ඔහුගේ නම, වැකයාව
	කරන ස්ථානය :-	
•	If spouse is employed, his/her name and place	of employment :-
05.	හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන්නේ කා වෙනුවෙන්ද යන වග) (ඥාතුි සම්බන්ධය):-
	On behalf of whom the claim is being made? (Rel	ationship):-
] මහගේ / ඇයගේ තම :-	<i>₽</i> ··
	11 උපත් දිනය :-	Age :
	Date of birth :	Age :
wasters lander	් අතතුර සම්බන්ධයෙන් පහත විස්තර සඳහන් ෑ	තරත්ත
	OW DETAILS WITH REGARD TO TH	
O1	Manager St. and Manager Age St. Songe.	
01	විදුය ද කොලා කොලා කර වේද්ය දිනිය.	th the accident :-
	Date of commencement of the fillness / filet wi	th the accident
02	and the second of the second o	· esseradoba siesessoba
02	අයනීපයේ ස්වභාවය / හදිසි අනතුර නිසා හටගත	් තුවාලවල සවතාවය :
		due to accident :
99393mm emad		
සාමාතෳ තොර	•	
General Info		
01	කරන්න .රෝහලකින් නම් එහි නම ද සඳහන් කරඃ	
		ctitioner who is or has been attending on you, for this
	illness or injury, Name of Hospital concerned	if any :
02		 වැළදී තිබුනේද ? එසේ නම් විස්තර සඳහන් කරන්න :
02	Have you ever had the same illness before? If	so, give particulars:
03	මට පෙර හිමිකම් ලබා තිබේද ? එසේ නම් හිමි ද	නම් අංකය සඳහන් කරන්න :
	Claim number if there had been any claim ma	de before :

		2			
04	ඔබ හිමිකම ඉදිරිපත් කරන් If the claim is made for rei	්තේ ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා නම් , imbursement of expenses on sp	පහත දක්වා ඇති විස්ත pectacles, please give	ර සඳහන් ස following de	රත්ත etails
	1 80 അർ ജൻ മെങ്	ණාඩි සඳහා හිමිකම් ලබා ගෙත	ඇත්ද : ඔව් / තැත		
	1. මීට පෙර ඇස් කණි Have you obtained	a claim for spectacles: Yes	/No.		
	2. හිමිකම් ලබා ගෙන	ඇත්තම්, වර්ෂය සඳහන් කරන්	න:		
	If so, year of the c	claim made :	•••••		,
05	දින 14 ක් ඉන්මවා අඩුණ්ඩව) නේවාසික පුතිකාර ලබා ගත්තෙ	ත් නම් ආයතන පුටානිය	ා ලවා සහති	ක කරන 🍍
VJ	Care Paris Broken C Brokenie les	d wightened to the .			
	If stayed in the hospital co	ontinuously exceeding 14 days	furnish details of leav	e obtained,	certified
06	by head of department:	කලනුයා මෙම ආයතනයෙන් හෙ	් ටෙතත් රක්ෂණ සමා	ගමකින් හිමි	කම් ඉල්ලා
06	- කියට්ද ? එසේ නම් විප්තර මව	?රිපත් කරන්න :			
	Has there been any other o	claim made by your spouse eith	ner with this company	or with any	other
	insurer with regard to this	claim, if so give details:			***************************************
මිකම් මුදල් :					
laim Amou	ıt				
	•				
අපෙක්	පිත හිමිකම් මුදල : රැ: l . l			•	
Expect	ed claim amount:				
<i>.</i>			රු: Rs.	ශත Ce	. Pg
* *	පෞද්ගලික රෝහල් ගාස	්ත බිල්පත් ·			6 7 × 3
	Nursing Home expense	es			
	්රජයේ රෝහලේ නේවාසි	යිකව සිටී දින ගණ න			
	x σ _c : 500/	=			*
!	Period of stay in Gover	mment Hospital			
	Rs.500 x(1 ඇය්කණ්තාඩ් බිල්පත්	No. of days)		1	
* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Spectacles bills				• .
	වෙනත්/other	•			
	,	AA Anna		:	
•		-මුළු එකතුව-			
		Total			
ද පුෆර්මු ම්වාධ	ර කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සඳහන් ඔප්පුව යටතේ පුතිපුද්	ගෙන් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා	කය. ව නිලියම් වැනාත් ම	තාරතරක් ම	වීසින් නොසහවෑ
ද වියදම් ඉහත හත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declai imbursement have not wif	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් පෙදහන් මප්පුව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බදි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බදි re that I, have sustained the under the above policy in re theld form the corporation	ගෙන් / අයනීපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිඹිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / w espect thereof. 1 hereby warran any material information cor	ව කිසියම් වැදගත් දෙ ඉතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla	තාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above ,c ments and	විසින් නොසහව න්වයක් lescribed and I facts are true an
ද වියදම් ඉහත හත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declai imbursement have not wif	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් පෙදහන් මප්පුව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බදි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බදි re that I, have sustained the under the above policy in re theld form the corporation	ගෙන් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු ඩුවහොත් තිමිකම ද e injuries above described / w	ව කිසියම් වැදගත් දෙ ඉතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla	තාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above ,c ments and	විසින් නොසතවා න්වයක් lescribed and I facts are true and
ද වියදම ඉහත හත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් පෙදහන් මප්පුව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බදි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බදි re that I, have sustained the under the above policy in re theld form the corporation	ගත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / was espect thereof. I hereby warran any material information cor prrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් දෙ ඉතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof.	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above ,c ments and im. I have	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true and no objection
ද වයදුම ඉහත හත දැක්වෙන වද යහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give	ර කළ අනතුරුමය ආධාධයන් සෙදහන් ඔප්පූව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බවි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බව re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation en above are found to be inco	ගත් / අයනීපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / w espect thereof. I hereby warrar any material information cor prrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් දෙ ඉතික්ෂේප කිරීම ගැන d as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof.	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above ,c ments and im. I have	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true and no objection
ද වියදුම ඉහත හත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar eimbursement have not wit articulars give	ර කළ අනතුරුමය ආධාධයන් සෙදහන් ඔප්පූව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බවි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බව re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation en above are found to be inco	ගත් / අයනීපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / w espect thereof. I hereby warrar any material information cor prrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් දෙ ඉතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof.	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above ,c ments and im. I have	විසින් නොසහට න්වයක් lescribed and I facts are true ar no objection
ද විධදුම ඉහත හත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar cimbursement have not wit articulars give විත් දැකිව දැකි මත දක්වා ඇති විති සොමු certify that th	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුතිපුදි පුකාශ හා කරුණු සතා බව රම්.මෙම තොරතුරු අසතා බව re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation en above are found to be inco	ගෙන් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / was espect thereof. I hereby warran any material information cor porrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මෙ වෙනුවෙන් නිකුත් ක aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above c ments and im. I have අත්යත රතු ලබත ෙ ng address.	විසින් නොසහවා ත්වයක් described and I facts are true an no objection
ද වියදුම ඉහත තන දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give නික්ප / දිනය : ගත දක්වා ඇ ලිනයට යොමු certify that th	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුනිපුද් පුකාය හා කරුණු සතා බවි ජුම් මෙම තොරතුරු අසතා බවි re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation an above are found to be income කරන්න. above particulars are true a	ගෙත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / w espect thereof. I hereby warran any material information cor prrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්පේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මම වෙනුවෙන් නිකුත් ක aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above , ments and im. I have අත්යත රතු ලබත ෙ ng address.	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true an no objection
ද වියද්ම ඉහත තත දැක්වෙන වද සහතික ක කාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give ක්‍රයේ දැකිය පත්වා ඇම ජිතයට යොමු certify that th වක්පත ලිවිය lame of the pa වණුම අංකය :	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුනිපුදි පුකාය හා කරුණු සතා බවි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බවි re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation an above are found to be income කරන්න. above particulars are true a සුතු ආදායකයාගේ නම :	රෙතත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / we espect thereof. I hereby warran any material information cor prect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්පේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මම වෙනුවෙන් තිකුත් ස aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above , ments and im. I have පත්යත රතු ලබන ෙ ng address.	විසින් නොසහවා න්වයක් lescribed and I facts are true and no objection
ද වයදුම් ඉහත තත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give ate / දිනය : හත දක්වා ඇ ජිතයට යොමු certify that th වක්පත ලිවිය fame of the pa වණුම් අංකය :	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුනිපුදි පුකාය හා කරුණු සතා බවි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බවි re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation an above are found to be income කරන්න. above particulars are true a සුතු ආදායකයාගේ නම :	රෙතත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / we espect thereof. I hereby warran any material information cor prect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්පේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මම වෙනුවෙන් තිකුත් ස aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above , ments and im. I have පත්යත රතු ලබන ෙ ng address.	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true an no objection
ද වියද්ම ඉහත තත දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give ක්‍රී ස්ථා ඇති පත්වා ඇති පත්වා ඇති පත්වා ඇති පත්වා ඇති පත්වා ඇති පත්වා ඇති ක්‍රී ස්ථා අත්වා ක්‍රී ස්ථා අත්වා අත්වා ඇති ක්‍රී ස්ථා අත්වා අත්වා අත්වා	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුතිපුද් පුකාය හා කරුණු සතා වේ රම් මෙම තොරතුරු අසතා වේ re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation on above are found to be inco කරන්න. above particulars are true a සුතු ආදායකයාගේ නම : nyee	ගෙන් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොන් හිමිකම ද e injuries above described / we espect thereof. I hereby warran any material information cor prrect and repudiation of the cl	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්පේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මම වෙනුවෙන් තිකුත් ස aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above , ments and im. I have පත්යත රතු ලබන ෙ ng address.	විසින් නොසහවා න්වයක් lescribed and I facts are true and no objection
ද වියද්ම ඉහත තන දැක්වෙන වද සහතික ක තාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give ක්ෂේ / දිනය : නත දක්වා ඇ ජිතයට යොමු certify that th වක්පත ලිවිය Iame of the pa වණුම් අංකය : .ccount Num ලකුවේ නම ස Iame and Add	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුනිපුදි පුකාය හා කරුණු සතා බවි රම් මෙම තොරතුරු අසතා බවි re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation an above are found to be income කරන්න. above particulars are true a සුතු ආදායකයාගේ නම :	ගතත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / w espect thereof. I hereby warrar any material information cor prect and repudiation of the cl නා බව සහතික කරන අතර, හිමික and correct. Please send the cl මා බැංකු සංකේතාංකය:	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්ෂේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මෙ වෙනුවෙන් නිකුත් ක aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above c ments and im. I have නේකු ලබන ෙ ng address.	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true and no objection
ද වියද්ම ඉහත තත දැක්වෙන වද සහතික ක කාමැත. hereby declar imbursement have not wit articulars give ක්ෂේ / දිනය : පත දක්වා ඇ ජිතයට යොමු certify that th වක්පත ලිවිය lame of the pa වුණුම අංකය : අපරෙගාt Num ලකුවේ නම ස lame and Add	් කළ අනතුරුමය ආබාධයන් සෙදහන් මප්පුව යටතේ පුනිපුදි පුකාය හා කරුණු සතා විදි රම් මෙම තොරතුරු අසතා විදි re that I, have sustained the under the above policy in re hheld form the corporation an above are found to be income කරන්න. above particulars are true a සුතු ආදායකයාගේ නම : ayee	ගතත් / අයනිපයෙන් පෙළෙන බව ර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා වද මේ හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධ ව තහවුරු චූවහොත් හිමිකම ද e injuries above described / was espect thereof. I hereby warran any material information cor porrect and repudiation of the classification and repudiation of the classification and correct. Please send the classification and correct.	ව කිසියම් වැදගත් හ පුතික්පේප කිරීම ගැන as suffering from illn nt that the above state nnected with this cla laim thereof. Signature / ර මම වෙනුවෙන් තිකුත් ස aim cheque to followi	නාරතුරක් ම මගේ විරුද්ධ ess above c ments and im. I have නේකත රනු ලබන ෙ ng address.	විසින් නොසහවා ත්වයක් lescribed and I facts are true and no objection

රෝගියාගේ වෛදාවරයා විසින් හෝ / ශලා වෛදාවරයා විසින් සම්පූර්ණ කල යුතුය Should be filled up by the physician/or Medical officer of the patient :

¢.	රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම :-	b.
a.	Name of patient:	
ሮ ን.	Name of patient : පරීක්ෂාව හෝ පුතිකාර කිරීමට තුඩුදුන් තත් ත්ව ය :-	
b.	Condition that necessitated investigation or treatment :	
Œ٤.	කිසියම් වෛඌවරයෙකු විසින් යොමු කලාද යනු වග :-	
c.	General practitioner by whom referred :	
Œ٤.	රෝග විතීශ්වය -	
d.	Diagnosis of disease :	
ල. ඉ.	පුතිකාර වල හෝ ශලා කර්මයේ ව්ස්තර :-	
e.	Details of treatment or operation and prognosis:	
ඊ .	තුවාලයේ හෝ රෝගයේ ඉතිහාසය කරුණාකර සැතෙමින් සඳහ	ත් කරන්න :-
f.	Please state briefly the history of injury or alliment :	
Ç.	සාමානෘ රාජකාරී කටයුතු වල නිරතවීමට නොහැකියු කාලයිමා	ව හෝ නිවසට සීමාවී සිටි කැයේ :-
	Period unable to attend to usual business and for confined to	house:
g.	From AC	1/89(2)
en	From/යිට upto ඔබගේ අදහය අනුව මෙම රෝගය රෝගියාට කඩර දිනයක හට	ගන්නට හෝ බෝ වෙන්නට ඇද්ද යන්න පනවීන්
Cე.	සඳහන් කරන්න :-	Control of the contro
h.	State approximately when in your opinion the ailment could	have REGUN or been CONTRACTED by the
***	patient :	mave begon of our contractors by an
	patient	

	At the most Base to Base	
٧.	රෝහල් ගත වූයේ නම් ඇතුලත් කල දිනය :-	
	If admitted to the hospital, date of admission:	,
	් වට කල දිනය :-	•
	Date of discharge :	
ඉහත (ා සඳහන් රෝගියාගේ වෛදෳවරයා / ශලෳ වෛදෳවරයා මා බවත්, ම	මම ඉල්ලීම සම්බන්ධ වූ සේවා මම අනු <mark>මත</mark> කල වෙත්, සහත්ර
කරමි.		
I herei	eby certify that I am the physician / doctor of the above named p	atient and approve submission with regard to this claim.

		Signature of physician
	•	Specialist doctor treated for the patient
		රෝගයට පතිකාර කල වෛඌවරයාගේ / විශේෂඥ
		රෝගයට පුතිකාර කල වෛදෘවරයාගේ / විශේෂඥ වෛදාවරයාගේ අත්සන
	•	·
Date /	/ දිනය :	
මෛදෳ	ආවරයාගේ / ගලෘ වෛදාවරයාගේ නම :	
Name	e of physician / doctor :	
Qualif	ifications / පුදුසුකම් :	
	ess / ලිපිනය :	
Teleph	ohone number / දුරකථන අංකය :	
•		
		•

/SH.

D	eed No.	Annex III
D	ht Redem	ption Certificate No.
	•	puoli cui inicata 140.
Da	ate	
De	ear Sir/Mac	dam,
Ta	ean Guara	intee implemented for Pubic Officers
N	ame:	-
In	stitution:	
	With	reference to your letter dated on the above subject.
M		r kind attention is invited to Annex III to Circular No. 12/2005 issued by the Pubic Administration with regard to Loan Guarantee.
ex	"Loai am ining	the application of Mr./Mrs./Miss
Gı	ıarantee.	has made for a certificate of Loan
rec		amount of this loan should be made used for which a surety or sureties are ept property loan released by commercial banks.
	01.	Name of the Debtor.
	· 02.	National Identity Card No.
	03.	Amount of loan expected by the Debtor.
	04.	The total amount of the debt should not exceed Rupees Six Lakhs (Rs.600,000/-). No responsibility is extended for loans exceeding the above amount.
•	05.	The Insurance Corporation of Sri Lanka holds responsibility on this Loan Guarantee Certificate Redemption Certificate issued under Deed No. Al only if the applicant fails to repay the loan under the following circumstances.
		(a) Where the debtor has died or loss of employment as a result of serious illness, on recommendation of a Medical Board or on becoming a victim to natural semi disability or complete disability.

- (b) Loan Guarantee Certificate Cover issued in favour of an officer ceases to be in force from the date of resignation, from the date of retirement, vacation of post or dismissal from post.
- (c) If the officer has agreed for the recovery of a part of the loan from his pension gratuity, the balance will be paid, after deducting same.
- O6. The period which the loan has to be repaid should not exceed 55 years, or 60 years if the service has been extended. Further the Sri Lanka Insurance Company holds itself responsible only till the relevant premium is paid without interruption.

The Sri Lanka Insurance Company does not undertake the responsibility to repay the loan if there has been any act inconsistent with the conditions or if there has been a breach of the above conditions.

Signature of the Head of the Institution

Office seal

Copy to:- Manager - Agrahara,
Department of Public Service Insurance,
Sri Lanka Insurance Company,
21, Vauxhall Street,
Colombo 02.