

රාජ්‍ය පරිපාලන චක්‍රලේඛ 12/2005(i)

මගේ අංකය: අ/7/4/1/22

රාජ්‍ය පරිපාලන සහ ස්වදේශ කටයුතු අමාත්‍යාංශය
නිදහස් වතුරසුය
කොළඹ - 07

2005 ජූලි මස 22 දින

අමාත්‍යාංශ ලේකම්වරුන්
පළාත් සභා ප්‍රධාන ලේකම්වරුන්
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන්

**2005 අයවැයෙන් යෝජිත රාජ්‍ය නිලධාරීන් සඳහා වූ
නව රක්ෂණ ක්‍රමයක් ස්ථාපිත කිරීම (අග්‍රහාර)**

ඉහත සඳහන් කරුණු පිළිබඳව 2005.05.18 දිනැති අංක 12/2005 දරණ රාජ්‍ය පරිපාලන චක්‍රලේඛය කෙරෙහි ඔබේ අවධානය යොමු කරවන අතර පහත සංශෝධන සහ එකතු කිරීම් 2005.01.01 දින සිට ක්‍රියාත්මක වන පරිදි සිදු කරනු ලැබේ.

02. එම චක්‍රලේඛයේ 04 ඡේදය 04:1 වගයෙන් අලුතින් අංකනය කරන අතර පහත සඳහන් කරුණු II හා III වගයෙන් අලුතින් ඇතුළත් කරනු ලැබේ.

II. මෙහි ඇමුණුම I පරිදි රාජ්‍ය නිලධාරීන් සඳහා වූ නව රක්ෂණ ක්‍රමය(අග්‍රහාර) යටතේ ලියාපදිංචි වීමේ අයදුම්පත සියලුම රාජ්‍ය නිලධාරීන් තම දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා මගින් සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව වෙත 2005.08.31 දිනට පෙර ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

III. රාජ්‍ය සේවයේ නවක පත්වීම් ලබන නිලධාරීන් විසින්ද රාජකාරියට වාර්තා කිරීමේ ලිපියේ පිටපතක් සමඟ රාජ්‍ය නිලධාරීන් සඳහා වන රක්ෂණ ක්‍රමයට දයක වීමේ අයදුම්පත නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කිරීමෙන් අනතුරුව දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා මගින් සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

03. උක්ත චක්‍රලේඛයේ 7 ඡේදය පහත පරිදි නැවත අංකනය කර සංශෝධනය කරනු ලැබේ.

I. රෝහල් ගතවීමකදී හෝ හදිසි අනතුරකදී හෝ ස්වාභාවික මරණයක් සිදුවූ විටකදී හෝ දින 07 ක් ඇතුළත ඒ බැව් දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාට දන්විය යුතුය. අදාළ සියලුම වෛද්‍ය ගාස්තු හා රෝහල් බිල්පත් ප්‍රතිලාභ බිල්පතට අමුණා දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා මගින් මසක් ඇතුළත සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාවේ "ප්‍රධාන කාර්යාලය" වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

ලිපිනය: කලමණාකරු,
රාජ්‍ය සේවක රක්ෂණ දෙපාර්තමේන්තුව,
ශ්‍රී ලංකා ඉන්ජුටරන්ස්,
අංක 21, වෝක්ෂෝල් ස්ට්‍රීට්,
කොළඹ 02.

II. ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා රක්ෂණ හිමිකම් ලබාගැනීමේ දී වෛද්‍යවරයා සම්මුඛවීම් සඳහා මුදල් ගෙවූ ලදුපත (වැනල් රිසිට්පත) වෛද්‍ය නිර්දේශය සහ ඇස් කණ්ණාඩි මිල දී ගත් ලදුපත (මුදල් භාර ගත් බවට රබර් මුද්‍රා සහිත) යන ලියකියවිලිවල මුල් පිටපත් රක්ෂණ සංස්ථාව වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

III. නේවාසික ප්‍රතිකාර හිමිකම් ලබාගැනීමේ දී ආයතන ප්‍රධානියා විසින් සහතික කළ රෝග විනිශ්චය පත්‍රිකාවේ පිටපත සියළුම ලදුපත්වල මුල් පිටපත් (මුදල් ගෙවූ බවට රබර් මුද්‍රාව සහිතව) නේවාසික කාලය තුළ රෝහලින් බැහැරව ලබාගත් ඖෂධ සහ සිදු කරන ලද පරීක්ෂණ සඳහා වෛද්‍ය නිර්දේශවල මුල් පිටපත් සහ ලදුපතේ මුල් පිටපත් ඉදිරිපත් කළයුතුය.

පෞද්ගලික රෝහලකින් ප්‍රතිකාර ලබාගන්නේ නම් ඇමුණුම 11 පරිදි අග්‍රහාර හිමිකම් ලබාගැනීමේ අයදුම්පතෙහි වෛද්‍යවරයා විසින් පිරවිය යුතු කොටස සම්පූර්ණ කර එවිය යුතුය.

IV. සි/ස ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව විසින් සතියේ වැඩ කරන දින 10 ක් ඇතුළත මෙම ප්‍රතිලාභ ගෙවීමට ක්‍රියා කළයුතුය.

V. රෝගියා රෝහලක නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබන්නේ නම් නිවස වෙත කැඳවාගෙන ඒමට ප්‍රථම පහත සඳහන් දුරකථන අංක වෙත දැනවීම අනිවාර්යයෙන්ම කළ යුතුය.

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

VI. පළමුවරට ප්‍රතිලාභ ලබාගැනීම සඳහා ඉල්ලුම් කිරීමේ දී දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා විසින් සහතික කරනු ලැබූ මෑතක දී ලබාගත් පාස්පෝට් ප්‍රමාණයේ ඡායාරූපයක් සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

VII. මෙහි ඇමුණුම II පරිදි අග්‍රහාර රක්ෂණ හිමිකම් ලබා ගැනීමේ අයදුම්පත නියමිත දිනට පෙර ඉදිරිපත් කළ යුතුය. අදාළ හිමිකම් සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව මගින් සෘජුවම පුද්ගලයා වෙත ප්‍රතිපූර්ණය කරනු ලැබේ. එසේ ගෙවීම් කිරීමේදී අදාළ ආවරණ ලිපියේ පිටපතක් අයවැය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

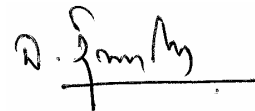
04. 08 ඡේදය යටතේ IV පහත පරිදි එකතු කරනු ලැබේ.

IV. 12/2005 යටතේ වෛද්‍ය රක්ෂණ හිමිකම් ලබා ගැනීමේදී පහත සඳහන් ආයතනයන් ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව විසින් පිලිනොගන්නා ආයතන ලෙස නම් කර ඇති හෙයින් එම ආයතන විසින් නිකුත් කරනු ලබන

බිල්පත් වෙනුවෙන් හිමිකම් ප්‍රතිපූරණය කරනු නොලබන බව ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව විසින් දන්වා ඇත.

1. කොළොන්නාව සාන්තු නිවාසය
Kolonnawa Nursing Home
2. නුගේගොඩ සාන්තු නිවාසය
Nugagoda Nursing Home
3. බොරැල්ල පෞද්ගලික රෝහල
Borella Private Hospital
4. රාජගිරිය සීමාසහිත පෞද්ගලික සාන්තු නිවාසය
Rajagiriya Nursing Home (Pvt)LTD

05. චක්‍රලේඛයේ ඇමුණුම I හි III වන කොටස පරිදි ණය සුරැකුම් රක්ෂණවරණය සඳහා ආයතන සංග්‍රහයේ XXIV පරිච්ඡේදයේ යටතේ රාජ්‍ය සේවකයින් විසින් ලබා ගන්නා ඉඩම් හා නිවාස දේපල ණය හැර වාහන ණය සහ අනෙකුත් ඇපකරුවන් අවශ්‍ය වන සියලුම ණය මුදල් ලබා ගැනීමේ දී දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියා මාර්ගයෙන් මෙහි ඇමුණුම III පරිදි ණය සුරැකුම් රක්ෂණවරණයේ සම්පූර්ණ කරන ලද පිටපතක් සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාව වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය. එසේම එහි දෙවැනි පිටපත ණයකරුට ලබාදිය යුතු අතර තෙවැනි පිටපත ණය ලිපි ගොනුවට ඇතුළත් කළ යුතුය.



ඩී.දිසානායක
ලේකම්
රාජ්‍ය පරිපාලන සහ ස්වදේශ කටයුතු අමාත්‍යාංශය

සාමාජිකයින් විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතු අගභාර මාර්ගෝපදේශ ක්‍රමයට බැඳීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය පරීක්ෂකගේ නිර්දේශ පහසුව සඳහා ඉංග්‍රීසි භාෂාවෙන් සම්පූර්ණ කළ යුතුය. ඉල්ලුම් පත්‍රය හේරුම් ගැනීමේ පහසුව සඳහා පරිසර සාකච්ඡා හා දෙමළ භාෂා පරිවර්තනය මෙහි දක්වා ඇත.

රාජ්‍ය සේවක (අගභාර) රක්ෂණ ක්‍රමයට බැඳීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය

සියළුම ප්‍රශ්න වලට පිළිතුරු සැපයීම අනිවාර්යයවේ. හිස්ව තැබීම හා කඩඉම් තැබීම නොකළ යුතුය.

මුද්‍රා අංකය :-

01. ව්‍යාජ සමඟ සම්පූර්ණ නම :

02. පෞද්ගලික ලිපිනය :

03. ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය : සේවා අංකය :

04. වයස : උපන් දිනය :

05. වර්තමාන තනතුර :

මුල් පත්වීමේ දිනය :

06. අමාත්‍යාංශයේ / දෙපාර්තමේන්තුවේ / පළාත් සභාවේ නම :

07. මීට පෙර මධ්‍ය සේවය කළ දෙපාර්තමේන්තුව / අමාත්‍යාංශය / පළාත් සභාවේ නම :

08. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට පැමිණි දිනය :

09. කාර්යාලීය ලිපිනය :

10. ඇමතුම් කළ හැකි දුරකථන අංක :

රාජකාරි : නිවස :

මොබයිල් :

ඊ මේල් ලිපිනය :

11. බැංකුවේ නම සහ ශාඛාව :

හිඹුම් අංකය :

හිමිකම් මුදල මධ්‍යේ බැංකු හිඹුමට සෘජුවම එවීමට මධ්‍ය වහල වන්නේ නම්, බැංකු හිඹුම් අංකය සඳහන් කරන්න. හිඹුම් අංකයේ යම් වෙනසක් සිදු වූ විටත් අප වෙත දැනුම් දෙන්න.

12. සිවිල් තත්ත්වය : විවාහක අවිවාහක

13. විවාහක නම්, කලක්‍රියාවේ නම් උපන් දිනය : වයස :

14. කලක්‍රියා රැකියාවක් කරන්නේ නම්, එම ආයතනයේ නම :

15. අවිවාහක රැකියාවක් නොකරන දරුවන්ගේ නම් (වයස අවු: 21 ට අඩු) නම උපන් දිනය. වයස

16. සේවකයා අවිවාහක නම් දෙමාපියන්ගේ විස්තර (වයස අවු: 70 ට අඩුනම් පමණක් විස්තර සපයන්න.)

I. පියාගේ නම ජාතික හැඳුණුම්පත් අංකය උපන් දිනය. වයස.

II. මවගේ නම

111. මව හා/ හෝ පියා මධ්‍යගෙන් යැපෙන්නන්ද? එසේ නම් කවදා සිටද :

17. මධ්‍ය සහ මධ්‍යේ යැපෙන්නන් හොඳ සෞඛ්‍ය තත්වයක් පසුවන්නාද? එසේ නොමැති නම් විස්තර සඳහන් කරන්න:

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි හා සත්‍ය බවට සහතික කරමි.

..... සාමාජිකයාගේ අත්සන .

..... ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

දිනය :



Sri Lanka Insurance

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

Hot Line : 011- 2357357 / 2357000

ජා.හැ.අංකය :
Identity Card No. :

අග්‍රහාරා@INSURANCE FOR SURGICAL AND HOSPITAL EXPENSES - CLAIM FORM

සැසඳු: සියළුම ප්‍රශ්න වලට පිළිතුරු සැපයීම අනිවාර්යවේ.
N.B. : All questions should be answered

ආරක්ෂණ මජ්ඣ අංකය :
Insurance Policy No : PSI/AI

හිමිකම් අංකය :
Claim No : AC/

- රක්ෂිතයා :-
01. නම (සම්පූර්ණයෙන්) :-
Name (In full) :-
 02. උපන් දිනය :-
Date of birth :- වයස
Age :-
 03. I පුද්ගලික ලිපිනය :-
Private Address :-
 - II රැකියාව කරන ස්ථානයේ ලිපිනය :-
Address of Working place :- නගර
Designation :-.....
 - III වර්තමාන සේවා ස්ථානයට මාරුවක් ලැබ පැමිණියේ නම්, කලින් සේවය කල ස්ථානය හා පැමිණි දිනය
If on a transfer to present place of employment, date reported to the same place and previous place of work :-.....
 04. ස්වාමීන්වරු/ආයුධ / බිරිඳ රැකියාවක නියුතුව සිටින්නේද යන වග හා ඇයගේ/ ඔහුගේ නම, රැකියාව කරන ස්ථානය :-
If spouse is employed, his/her name and place of employment :-
 05. හිමිකම් ඉල්ලුම් කරන්නේ කා වෙනුවෙන්ද යන වග (ඥාති සම්බන්ධය):-
On behalf of whom the claim is being made ? (Relationship) :-
 - I ඔහුගේ/ ඇයගේ නම :-
His / her name :-
 - II උපන් දිනය :-
Date of birth :- වයස :-
Age :-

අසනීපය /හදිසි අනතුර සම්බන්ධයෙන් පහත විස්තර සඳහන් කරන්න **STATE BELOW DETAILS WITH REGARD TO THE SICKNESS /ACCIDENT CAUSED :**

- 01 අසනීපය වැලඳුන /හදිසි අනතුර සිදු වූ දිනය:
Date of commencement of the illness / met with the accident :-
- 02 අසනීපයේ ස්වභාවය / හදිසි අනතුර නිසා හටගත් තුවාලවල ස්වභාවය :
Nature of illness / Nature of injuries sustained due to accident :-

සාමාන්‍ය තොරතුරු : **General Informations :**

- 01 අනතුරුමය ආබාධ හෝ අසනීප සඳහා වූ ප්‍රතිකාර කරන හෝ කල වෛද්‍යවරයාගේ නම හා ලිපිනය සඳහන් කරන්න. රෝහලකින් නම් එහි නම ද සඳහන් කරන්න :
Give the name and address of the Medical practitioner who is or has been attending on you, for this illness or injury, Name of Hospital concerned if any :
- 02 ඔබ මීට පෙර කවර කලකදී හෝ මෙම රෝගය වැළඳී තිබුනේද ? එසේ නම් විස්තර සඳහන් කරන්න :
Have you ever had the same illness before ? If so, give particulars :
- 03 ඔබ මීට පෙර හිමිකම් ලබා තිබේද ? එසේ නම් හිමිකම් අංකය සඳහන් කරන්න :
Claim number if there had been any claim made before :

04 ඔබ ගිණිකම ඉදිරිපත් කරන්නේ ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා නම් ,පහත දක්වා ඇති විස්තර සඳහන් කරන්න
If the claim is made for reimbursement of expenses on spectacles, please give following details

1. මීට පෙර ඇස් කණ්ණාඩි සඳහා ගිණිකම් ලබා ගෙන ඇත්ද : ඔව් / නැත .
Have you obtained a claim for spectacles : Yes / No .
2. ගිණිකම් ලබා ගෙන ඇත්නම්, වර්ෂය සඳහන් කරන්න :
If so , year of the claim made :.....

05 දින 14 ක් ඉක්මවා අඛණ්ඩව නේවාසික ප්‍රතිකාර ලබා ගත්තේ නම් ආයතන ප්‍රධානියා ලවා සහතික කරන ලද නිවාඩු විස්තර වාර්තාවක් ඉදිරිපත් කරන්න :
If stayed in the hospital continuously exceeding 14 days furnish details of leave obtained, certified by head of department :

06 මෙම ගිණිකම සඳහා ඔබගේ කලත්‍රයා මෙම ආයතනයෙන් හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමකින් ගිණිකම් ඉල්ලා තිබේද ? එසේ නම් විස්තර ඉදිරිපත් කරන්න :
Has there been any other claim made by your spouse either with this company or with any other insurer with regard to this claim, if so give details :

**ගිණිකම් මුදල් :
Claim Amount**

අපේක්ෂිත ගිණිකම් මුදල : රු:.....
Expected claim amount:

	රු: Rs.	ගන Ce
පොද්ගලික රෝහල් ගාස්තු බිල්පත් Nursing Home expenses		
රජයේ රෝහලේ නේවාසිකව සිටි දින ගණන x රු: 500/=		
Period of stay in Government Hospital Rs.500 x(No. of days)		
ඇස්කණ්ණාඩි බිල්පත් Spectacles bills		
වෙනත්/other		
-මුළු එකතුව- Total		

මා ඉහත විස්තර කළ අනතුරුමය ආබාධයන්ගෙන් / අසනීපයෙන් පෙළෙන්න බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරන අතර, ඒ වෙනුවෙන් මා විසින් දරන ලද වියදම් ඉහත සඳහන් ඔප්පුව යටතේ ප්‍රතිපූර්ණය කරන ලෙස මෙයින් ඉල්ලා සිටිමි.
ඉහත දැක්වෙන ප්‍රකාශ හා කරුණු සත්‍ය බවද මේ ගිණිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධව කිසියම් වැදගත් තොරතුරක් මවිසින් නොසහවන ලද බවද සහතික කරමි. මෙම තොරතුරු අසත්‍ය බව තහවුරු වුවහොත් ගිණිකම ප්‍රතික්ෂේප කිරීම ගැන මගේ විරුද්ධත්වයක් නොමැත.

I hereby declare that I, have sustained the injuries above described / was suffering from illness above described and I claim reimbursement under the above policy in respect thereof. I hereby warrant that the above statements and facts are true and that I have not withheld form the corporation any material information connected with this claim. I have no objection if the particulars given above are found to be incorrect and repudiation of the claim thereof.

.....
Signature / අත්සන

Date / දිනය :

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු නිවැරදි සහ සත්‍ය බව සහතික කරන අතර, ගිණිකම වෙනුවෙන් නිකුත් කරනු ලබන චෙක්පත සහන ලිපියට යොමු කරන්න.
I certify that the above particulars are true and correct. Please send the claim cheque to following address.

චෙක්පත ලිවිය යුතු ආදායකයාගේ නම :

Name of the payee

ගිණුම් අංකය : බැංකු සංකේතාංකය : ශාඛා සංකේතාංකය :

Account Number

Bank Code

Branch Code

බැංකුවේ නම සහ ලිපිනය :

Name and Address of the bank

දිනය :

Date

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන /Signature of Head of the Dept.
නිල මුද්‍රාව / Rubber Stamp

මජ්ඣ අංකය:.....
ණය සුරැකුම් සහතික අංකය:.....
දිනය:.....

.....
.....
.....

මහත්මයාණෙනි, මහත්මියනි,

රාජ්‍ය සේවකයින් සඳහා ක්‍රියාත්මක වන ණය සුරැකුම් රක්ෂණවරණය

නම :

ආයතනය :

යටවත්ත කරුණ සම්බන්ධයෙන් ඉදිරිපත් කරන ලද ඔබගේ දිනැති ලිපිය හා බැඳේ. ණය සුරැකුම් රක්ෂණය සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය පරිපාලන අමාත්‍යාංශය විසින් නිකුත් කරන ලද වක්‍රලේඛ අංක:12/2005 දරණ ලේඛණයේ ඇමුණුම් III කෙරෙහි ඔබගේ අවධානය යොමු කරවමු.

02. ණයක් සඳහා ණය සුරැකුම් රක්ෂණ සහතිකයක් අයදුම් කළ මහතා/මිය/මෙනවියගේ අදාළ අයදුම්පත පරීක්ෂා කිරීමෙන් අනතුරුව පහත දැක්වෙන ව්‍යතිරේඛයන්ට යටත්ව "ණය සුරැකුම් රක්ෂණ ආවරණය" මෙයින් ලබා දෙනු ලැබේ.

03. මෙම ණය මුදල දේපළ ණය හැර ඇපකරුවකු හෝ ඇපකරුවන් අවශ්‍ය වන ණය වර්ග සඳහා පමණක් යොදා ගත යුතුය.

1. ණයකරුගේ නම :
2. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
3. ණයකරුගේ අපේක්ෂිත ණය මුදල :
4. සම්පූර්ණ ණය මුදල රුපියල් ලක්ෂ හය (රු600,000/-) නොඉක්මවිය යුතු අතර, එයට වඩා වැඩි මුදලක් ලබා ගන්නේ නම්, එම ණය මුදල වෙනුවෙන් ණය සුරැකුම් සහතිකය යටතේ වගකීමක් නොමැත.
5. මජ්ඣ අංක AI/..... යටතේ නිකුත් කරනු ලබන මෙම ණය සුරැකුම් සහතිකය මත ශ්‍රී ලංකා ඉන්සුරන්ස් සමාගම වගකීමට බැඳී සිටිනුයේ, පහත දැක්වෙන අවස්ථාවන්හිදී අයදුම්කරු විසින් ණය මුදල පියවීමට අපොහොසත් වුවහොත් පමණි.

(අ) ණය ගැනියා අසාධ්‍යව රෝගාතුර වීමෙන් හෝ අනතුරක් නිසා හෝ ස්වාභාවිකව අර්ධ හෝ පූර්ණ අකර්මණ්‍යතාවයකට පත්වී වෛද්‍ය නිර්දේශ මත නම රැකියාව අහිමි වුවහොත් හෝ ජීවිත හානියට පත්වූ විට.

(ආ) යම් නිලධාරියෙකු වෙනුවෙන් නිකුත් කරනු ලබන ණය සුරැකුම් ආවරණයක්, ඔහු රජයේ සේවයෙන් ඉල්ලා අස්වන හෝ විශ්‍රාම යන හෝ ධුරය අත්හැර යන හෝ සේවයෙන් පහ කරනු ලබන දිනයේ හෝ සිට බල නොපැවැත්වෙනු ඇත.

(ඇ) ලබා ගන්නා ණය මුදලෙන් යම් කොටසක් විශ්‍රාම පාරිභෝගිකයෙක් එක්වර අඩුකර ගැනීමට එකඟ වී ඇත්නම්, එය අඩුකර ඉතිරි මුදල පමණක් ගෙවනු ඇත.

04. ණය මුදල ආපසු ගෙවන කාලසීමාව අවුරුදු 55 හෝ සේවය දීර්ඝ කර ඇත්නම්, වයස අවුරුදු 60 නොඉක්මවිය යුතුය. තවද, ශ්‍රී ලංකා ඉන්සුරන්ස් මෙම වගකීම දරනු ලබන්නේ අදාළ වාර්තය අඛණ්ඩව ලැබෙන තාක් පමණි.

05. මෙම කොන්දේසිවලට පටහැනිවීමෙන් හෝ උල්ලංඝනය වීමක් කිසියම් අයුරකින් සිදුකර ඇත්නම්, ශ්‍රී ලංකා ඉන්සුරන්ස් සමාගම මෙම ණය මුදල් ගෙවීම සම්බන්ධයෙන් වගකීම භාරගනු නොලැබේ.

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන
(නිල මුද්‍රාව)

පිටපත:-
කළමනාකරු (අග්‍රහාර)
රාජ්‍ය සේවක රක්ෂණ දෙපාර්තමේන්තුව
ශ්‍රී ලංකා ඉන්සුරන්ස්
අංක:21, වොක්ෂෝල් විදිය
කොළඹ - 02.