அரசாங்க நிர்வாக சுற்றறிக்கை 12/2005(i)

எனது இலக்கம் : தா/ 7/4 /1 /22
அரசாங்க நிர்வாக, உள்நாட்டலுவல்கள் அமைச்சு.
சுதந்திர சதுக்கம்,
கொழும்பு 07
2005 யூலை மாதம் 22 ஆந் திகதி

அமைச்சுக்களின் செயலாளர்களுக்கும்,
மாகாண சபைகளின் தலைமைச் செயலாளர்களுக்கும்,
திணைக்களத் தலைவர்களுக்கும்.

2005 ஆம் ஆண்டின் வரவு செலவு திட்டத்தில் அரச அலுவலர்களுக்காக உத்தேசிக்கப்பட்ட புதிய காப்புறுதி; திட்டத்தை தாபித்தல். (அக்ரஹாரா)

மேற்படி விடயம் தொடர்பாக 2005.05.18 ஆந் திகதிய 12/2005 ஆம் இலக்க அரசாங்க நிர்வாக சுற்றறிக்கையின் பால் தங்களது கவனம் ஈர்க்கப்படுவதுடன் கீழ்வரும் திருத்தங்களும் மற்றும் சேர்ப்புகளும் 2005.01.01 ஆந் திகதி தொடக்கம் செயற்படும் வண்ணம் மேற்கொள்ளப்படும்.

02. அச்சுற்றறிக்கையில் 04 ஆம் பந்தி 04.1 என புதிதாக இலக்கமிடப்படுவதுடன் கீழ்வரும் விடயங்கள் II *மற்றும்* III *என புதிதாக உள்ளடக்கப்படும்.*

II. *இதில் இணைப்பு* I *இன் படி அரச அலுவலர்களுக்கான புதிய காப்புறுதி திட்டத்தின் (அக்ரஹாரா) கீழ் பதிவு செய்வதற்கான விண்ணப்ப படிவத்தை சகல அரச அலுவலர்களும் தத்தமது திணைக்களத் தலைவர் ஊடாக வரையறுக்கப்பட்ட இலங்கைக் காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்திடம் 2005.08.31 ஆந் திகதிக்கு முன்பு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.*

III. *அரச சேவையில் புதிய நியமனங்களை பெறும் அலுவலர்கள் கடமை பொறுப்பேற்றல் கடிதப் பிரதியுடன் அரச அலுவலர்களுக்கான காப்புறுதி திட்டத்தில் பங்களிக்கும் விண்ணப்பத்தையும் உரியவாறு பூர்த்தி செய்து வரையறுக்கப்பட்ட காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்திடம் சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.*

03. மேற்படி சுற்று நிருபத்தின் பந்தி 7 ஐ பின்வருமாறு இலக்கமிடப்பட்டு திருத்தப்படும்.

I. *மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுமிடத்து அல்லது திடீர் விபத்தொன்று ஏற்படுமிடத்து அல்லது இயற்கை மரணமொன்று நிகழுமிடத்து 07 நாட்களுக்குள் அதைப்பற்றித் திணைக்களத் தலைவருக்கு அறிவித்தல் வேண்டும். உரிய சகல மருத்துவக் கட்டணங்களும் மருத்துவமனைப் பற்றுச் சீட்டுகளும் நலன்களின் பற்றுச்சீட்டுடன் இணைக்கப்பட்டு திணைக்களத் தலைவர் ஊடாக ஒரு மாதத்திற்குள் வரையறுக்கப்பட்ட இலங்கை காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்தின் "தலைமை அலுவலகத்திற்கு " சமர்ப்பிக்கப்படுதல் வேண்டும்.*

முகவரி :- முகாமையாளர்
அரச ஊழியர்க் காப்புறுதி
கூட்டுத்தாபனம்,
இலங்கை இன்சூரன்ஸ்,
இல. 21,
வோக்ஷோல் வீதி,
கொழும்பு - 02

II. மூக்குக் கண்ணாடிகளுக்கான காப்புறுதி உரித்துக்களை பெற்றுக் கொள்ளும் போது மருத்துவரை நேர்முகமாக சந்திப்பதற்கு பணம் செலுத்தப்பட்ட பற்றுச் சீட்டு (சனல் ரிசீட்) மருத்துவரின் பரிந்துரை மற்றும் மூக்குக் கண்ணாடியை கொள்வனவு செய்த பற்றுச் சீட்டு (பணம் ஏற்கப்பட்டதென இறப்பர் முத்திரையுடன்) ஆகிய ஆவணங்களின் மூலம் பிரதிகளை காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்திற்கு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.

III. தங்கி இருந்து சிகிச்சை பெற்றதற்கான உரித்துக்களைப் பெற்றுக்கொள்ளும் போது நிறுவனத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட நோய் நிர்ணயப் பத்திரத்தின் பிரதி, சகல பற்றுச்சீட்டுக்களதும் மூலப் பிரதிகள் (பணம் செலுத்தப்பட்டதென சான்றுப்படுத்தி இறப்பர் முத்திரை இடப்பட்ட) தங்கியிருந்த காலத்தினுள் மருத்துவசாலைக்குப் புறம்பாக பெறப்பட்ட மருந்துகள், மேற் கொள்ளப்பட்ட பரிசோதனைகளுக்கான மருத்துவ பரிந்துரைகளின் மூலப்பிரதிகள் மற்றும் பற்றுச் சீட்டின் மூலப்பிரதிகள் என்பவற்றை சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.

தனியார் மருத்துவ மனையொன்றிலிருந்து சிகிச்சை பெறுவதாயின் இணைப்பு 11 இன் படி அக்ரஹாரா உரித்துப் பெறும் விண்ணப்பத்தில் மருத்துவரால் நிரப்பப்பட வேண்டிய பகுதியை பூர்த்தி செய்து அனுப்ப வேண்டும்.

IV. வரையறுக்கப்பட்ட இலங்கைக் காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்தினால் வாரத்தில் வேலை செய்கின்ற 10 நாட்களுக்குள் இந் நலன்களை செலுத்தவதற்கு உரிய நடவடிக்கை எடுக்கப்படுதல் வேண்டும்.

V. நோயாளர் மருத்துவமனையொன்றில் தங்கியிருந்து சிகிச்சைப் பெறின் வீட்டுக்கு அழைத்து வருவதற்கு முன்பு பின் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தொலைப்பேசி இலக்கங்களுக்கு கட்டாயமாக அறிவித்தல் வேண்டும்.

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

VI. முதல் தடைவையாக நலன்களைப் பெறுவதற்கு விண்ணப்பிக்கும் போது திணைக்களத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட அண்மை காலத்தில் பெறப்பட்ட பாஸ்போர்ட் அளவிலான ஒரு புகைப்படத்தை வரையறுக்கப்பட்ட இலங்கைக் காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்திற்கு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.

VII. இதில் இணைப்பு II இன் படி அக்ரஹாரா காப்புறுதி உரித்துகளை பெற்றுக் கொள்ளும் விண்ணப்பப் படிவம் உரிய திகதிக்கு முன்பு சமர்ப்பிக்கப்படுதல் வேண்டும். உரிய உரித்துக்கள் வரையறுக்கப்பட்ட இலங்கைக் காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்தினால் நேரடியாகவே நபருக்கு மீளளிப்புச் செய்யப்படும். அவ்வாறு கொடுப்பனவுகளை செய்யும் போது உரிய உள்ளடக்கக் கடிதத்தின் ஒரு பிரதியை வரவு செலவு பணிப்பாளர் நாயகத்திடம் சமர்ப்பிக்கப்படல் வேண்டும்.

04. 08 ஆம் பந்தியின் கீழ் இலக்கம் IV ஐ கீழ் வருமாறு சேர்க்கப்படுகிறது.

05, IV *12/2005* இன் கீழ் மருத்துவக் காப்புறுதி உரித்துக்கள் பெற்றுக் கொள்ளும் போது பின்வரும் நிறுவனங்கள் இலங்கைக் காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்தினால் ஏற்றுக் கொள்ளப்படாத நிறுவனங்களாக பெயர் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன. ஆகையால் அந் நிறுவனங்களின் மூலம் வழங்கப்படும் பற்றுச்சீட்டுக்கான உரித்துக்கள் மீளளிப்புச் செய்யப்பட மாட்டாதென இலங்கை காப்புறுதி கூட்டுத்தாபனம் அறிவித்துள்ளது.

1. கொலன்னாவ மருத்துவமனை
Kolannawa Nursing Home

2. நுகேகொட மருத்துவமனை
Nugegoda Nursing Home

3. பொரல்ல தனியார் மருத்துவமனை
Borella Private Hospital

4. ராஜகிரிய வரையறுக்கப்பட்ட மருத்துவமனை
Rajagiriya Nursing Home (pvt) Ltd

05. சுற்று நிருபத்தின் இணைப்பு *01* இல் பிரிவு III இன் படி கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதிகளுக்காக தாபன விதிக் கோவையின் XXIV ஆம் அத்தியாயத்தின் கீழ் அரச ஊழியர்களினால் பெற்றுக் கொள்ளப்படும் காணி, வீடமைப்பு ஆதனக் கடன் தவிர வாகனக் கடன் மற்றும் ஏனைய பிணையாளி தேவைப்படும் சகல கடன்களை பெற்றுக் கொள்ளும் போது திணைக்களத் தலைவர் ஊடாக இதில் இணைப்பு III இன் படி கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதியில் பூர்த்தி செய்த பிரதியொன்றை இலங்கை வரையறுக்கப்பட்ட காப்புறுதிக் கூட்டுத்தாபனத்திற்கு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். அதே போன்று அதன் பிரதியொன்றைக் கடனாளிக்கு வழங்கப்பட வேண்டுமென்பதுடன் மூன்றாம் பிரதி கடன் கடிதக் கோவையில் உள்ளடக்கப்படுதல் வேண்டும்.

ஒப்பம்/ டீ. திசாநாயக்க
செயலாளர்.
அரசாங்க நிர்வாக,
உள்நாட்டலுவல்கள்
அமைச்சு.

உறுப்பினர்களால் நிரப்பப்பட வேண்டிய அக்ரஹார காப்புறுதி திட்டத்தில் இணைவதற்கான விண்ணப்பப்படிவங்களை கணணி மயப்படுத்தும் வசதிக்காக ஆங்கிலத்தில் நிரப்பவேண்டும். விண்ணப்பப்படிவத்தை புரிந்துகொள்ளும் பொருட்டு சிங்களத்திலும் தமிழிலும் மொழிபெயர்ப்பு கள் வழங்கப்படுகின்றன.

அரச சேவை (அக்ரஹார) காப்புறுதித் திட்டத்தில் இணைவதற்கான விண்ணப்பப்படிவம்

அனைத்து வினாக்களுக்கும் விடையளித்தல் வேண்டும். இடைவெளி விடுதல், வெட்டுதல் கூடாது

காப்புறுதி இலக்கம்:-

1. உறுப்பினரின் முழுப்பெயர்:-
2. பிரத்தியேக முகவரி:-
3. தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்:- ஊ.சே.நி.இலக்கம்:-
4. வயது:- பிறந்த திகதி:-
5. தற்போதைய பதவி:-
   முதல் நியமனத் திகதி:-
6. திணைக்களம்/அமைச்சு/மாகாண சபையின் பெயர்:-
7. முன்னைய திணைக்களம்/அமைச்சு/மாகாண சபையின் பெயர்:-
8. புதிய இடமாற்றம் பெற்ற திகதி:-
9. உத்தியோகபூர்வ முகவரி:-
10. தொடர்பு இலக்கங்கள்:-
    அலுவலகம்:- வசிப்பிடம்:-
    செல்லிடம்:-

    மின்னஞ்சல்:-
11. வங்கி மற்றும் கிளையின் பெயர்:-
    கணக்கிலக்கம்:-
    நஷ்டஈட்டுத் தொகையை உங்களின் கணக்கிலக்கத்துக்கு வரவுவைக்க இணக்குவீர்களாயின், வங்கிக் கணக்கிலக்கத்தைக் குறிப்பிடவும்.இலக்கத்தில் மாற்றங்கள் ஏற்படுமிடத்து தகவல் தரவும்.
12. சமூகப் படிநிலை:- விவாகமானவர்: விவாகமாகாதாவர்:
13. விவாகமானவராயின் துணையின் பெயர்:-
    வயது: பிறந்த திகதி:-
14. வேலைத்தளம் (திணைக்களம்/நிறுவகம்) துணையின்):-
15. விவாகமாகாத தொழில்புரியாத பிள்ளைகளின் பெயர்கள் (21 வயதுக்குக் கீழ்): வயது: பிறந்த திகதி:
16. விவாகமாகாதவரும் 70 வயதுக்குக் கீழுள்ள பெற்றோரைக் கொண்டவராயின்
    I. தந்தையின் பெயர்: தே.அ.அ.இலக்கம்: வயது: பிறந்த திகதி:
    II. தாயின் பெயர்
    III. தந்தையும் தாயும் உங்களில் தங்கியுள்ளனர்.ஆம் எனின் எத்திகதியிலிருந்து:-
17. நீங்களும் தங்கிவாழ்வோரும் ஆரோக்கியமாயுள்ளீரா? இல்லையெனின் விபரம் தருக:-

மேற்காணும் விபரங்களனைத்தும் உண்மையெனவும் மிகச் சரியானதெனவும் இத்தால் உறுதி செய்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

திணைக்களத் தலைவரின் பெயரும் கையொப்பமும்
நிறுவன/திணைக்கள முத்திரை
திகதி

ඇමුණුම : II

Sri Lanka Insurance
Corporation Ltd.

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

ජා.හැ.අංකය : **Identity Card No :.**

Hot Line : 011- 2357357 / 2357000

අග්‍රහාර සැත්කම් හා රෝහල් ගාස්තු ආරක්ෂණය - හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය
AGRAHARA@INSURANCE FOR SURGICAL AND HOSPITAL EXPENSES – CLAIM FORM

සැ.යු: සියළුම ප්‍රශ්ණ වලට පිළිතුරු සැපයීම අනිවාර්යයවේ .
N.B. : All questions should be answered

ආරක්ෂණ ඔප්පු 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. 1 පුද්ගලික ලිපිනය :-
Private Address :- ....

11 රැකියාව කරන ස්ථානයේ ලිපිනය :-
Address of Working place :-.......................................
තනතුර
Designation :-..
....

111 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. ස්වාමිපුරුෂයා / 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) :- ....

1 ඔහුගේ / ඇයගේ නම :-
His / her name :- ....

11 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 වැළඳුන /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 ඔබ ප්‍රතිකාර කරන හෝ කළ 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 ඔබට මීට පෙර කවර කලකදී හෝ මෙම රෝගය වැළදී තිබුණේද ? 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 හිමිකම 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 හිමිකම් ලබා ගෙන ඇත්ද : ඔව් / නැත .
   Have you obtained a claim for spectacles : Yes / No .
2. හිමිකම් 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 හිමිකම සඳහා ඔබගේ කලත්‍රයා මෙම ආයතනයෙන් හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමකින් හිමිකම් 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 : ....

හිමිකම් මුදල් :
Claim Amount

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

	රු: Rs.	ශත Ce
පෞද්ගලික 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 පෙළෙන 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 හිමිකම් ඉල්ලීම සම්බන්ධව කිසියම් වැදගත් තොරතුරක් මවිසින් නොසඟවන ලද බවද සහතික කරමි.මෙම තොරතුරු අසත්‍ය බව තහවුරු වුවහොත් හිමිකම 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, හිමිකම වෙනුවෙන් නිකුත් කරනු ලබන චෙක්පත පහත ලිපිනයට 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 සහලිපිනය : ....
Name and Address of the bank
දිනය :.................................
Date ....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන /Signature of Head of the Dept.
නිල මුද්‍රාව / Rubber Stamp

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

අ. රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම :-
a. Name of patient :-..
ආ. පරීක්ෂාව හෝ ප්‍රතිකාර කිරීමට තුඩුදුන් තත්ත්වය :-
b. Condition that necessitated investigation or treatment :...
ඇ. කිසියම් වෛද්‍යවරයෙකු විසින් යොමු කලාද යන වග :-
c. General practitioner by whom referred :..
ඈ. රෝග විනිශ්චය :-
d. Diagnosis of disease : ....
ඉ. ප්‍රතිකාර වල හෝ ශල්‍ය කර්මයේ විස්තර :-
e. Details of treatment or operation and prognosis :...
ඊ. තුවාලයේ හෝ රෝගයේ ඉතිහාසය කරුණාකර සැකෙවින් සඳහන් කරන්න :-
f. Please state briefly the history of injury or ailment :..
උ. සාමාන්‍ය රාජකාරී කටයුතු වල නිරතවීමට නොහැකිවූ කාලසීමාව හෝ නිවසට සීමාවී සිටි කාලය :-
g. Period unable to attend to usual business and /or confined to house :......................................
From/සිට .... upto/දක්වා ....
ඌ. ඔබගේ අදහස අනුව මෙම රෝගය රෝගියාට කවර දිනයක හට ගන්නට හෝ බෝ වෙන්නට ඇද්ද යන්න ලුහුඬින් සඳහන් කරන්න :-
h. State approximately when in your opinion the ailment could have BEGUN or been CONTRACTED by the patient :..
....
....
....

ඍ. රෝහල් ගත වූයේ නම් ඇතුලත් කල දිනය :-
If admitted to the hospital, date of admission :- ....
පිට කල දිනය :-
Date of discharge :- ....

ඉහත සඳහන් රෝගියාගේ වෛද්‍යවරයා / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා මා බවත්, මෙම ඉල්ලීම සම්බන්ධ වූ සේවා මම අනුමත කල බවත්, සහතික කරමි.
I hereby certify that I am the physician / doctor of the above named patient and approve submission with regard to this claim.

....
Signature of physician
Specialist doctor treated for the patient
රෝගයට ප්‍රතිකාර කල වෛද්‍යවරයාගේ / විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන

Date / දිනය : ....

වෛද්‍යවරයාගේ / ශල්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම : ....
Name of physician / doctor : ....
Qualifications / සුදුසුකම් : ....
Address / ලිපිනය : ....
Telephone number / දුරකථන අංකය : ....

/SH.

உறுதி இலக்கம்

இணைப்பு- III

.... கடன் உறுதியளிப்புப் பத்திர இலக்கம் : ....

திகதி : ....

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

ஐயா, அம்மணி

அரச ஊழியர்களின் பொருட்டு செயற்படும் கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதித் திட்டம்.

பெயர் : ....

__நிறுவனம் : ....__

மேற்படி விடயம் தொடர்பாக சமர்ப்பிக்கப்பட்ட தங்களது .... ஆந் திகதிய கடிதம் சார்ப்பானதாகும். கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதி தொடர்பாக அரசாங்க நிர்வாக அமைச்சினால் வெளியிடப்பட்ட 12/2005 ஆம் இலக்க சுற்றுநிருப ஆவணத்தின் இணைப்பு III இன் பால் தங்களது கவனம் ஈர்க்கப்படுகிறது.

கடன் பெறுவதற்காக கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதி பத்திரமொன்றை விண்ணப்பித்திருக்கும் திரு/ திருமதி/ செல்வி .... இன் உரிய விண்ணப்பபடிவம் பரிசீலனை செய்ததன் பின்பு கீழ்வரும் விதிவிலக்குகளுக்கு அமைவாக இத்தால் "கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதி" வழங்கப்படும்.

இக் கடன் தொகை ஆதனக் கடன் தவிர பிணையாளியொருவர் அல்லது பிணையாளிகள் தேவைப்படும் கடன் வகைகளுக்கு மட்டும் பயன்படுத்தல் வேண்டும்.

01. கடனாளியின் பெயர் :...
02. தேசிய அடையாள அட்டையின் இலக்கம் : ....
03. கடனாளி எதிர்பார்க்கும் கடன் தொகை : ....
04. மொத்த கடன் தொகை ரூ.600000/- மீறப்படலாகாதென்பதுடன் அதிலும் பார்க்க கூடிய ஒரு தொகையைப் பெறுவதாயின் அத் தொகைக்காக கடன் உத்தரவாதப் பத்திரத்தின் கீழ் பொறுப்புக்கள் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட மாட்டாது.
05. உறுதி இல. A1 .... இன் கீழ் வழங்கப்படுகின்ற இக்கடன் உறுதியளிப்பு பத்திரத்தின் பேரில் இலங்கைக் காப்புறுதிக் கம்பனியானது வகை சொல்ல வேண்டிய பொறுப்புக்கு உட்படுவது பின்வரும் தொகையை செலுத்தி முடிக்க தவறுமிடத்து மட்டுமாகும்.

    அ. கடனாளி நோய்வாய்ப்பட்டோ அல்லது விபத்தொன்று ஏற்பட்டோ அல்லது இயற்கையாக அரைவாசி அல்லது முழுமையான செயலிழப்புக்கு உட்பட்டு மருத்துவப் பணிந்துரையின் பேரில் தமது தொழிலை இழத்தல் அல்லது உயிர் சேதத்திற்கு உள்ளாதல்.

    ஆ. எவரேனுமொரு அலுவலருக்காக வழங்கப்படும் கடன் உறுதியளிப்புக் காப்புறுதியானது, அவர் அரச சேவையிலிருந்து இராஜினாமாச் செய்தல். அல்லது ஓய்வு பெறுதல் அல்லது பதவி வெறிதாக்குதல் அல்லது சேவையிலிருந்து பணி நீக்கம் செய்தல் போன்ற திகதியிலிருந்து செயல்வலுப்பெறாது.

    இ. பெறப்படும் கடன் தொகையிலிருந்து ஏதேனுமொரு பகுதியை ஓய்வூதியம் பணிக்கொடையிலிருந்து ஒரே தடவையில் கழித்துக் கொள்வதற்கு இணக்கம் தெரிவிக்கப்பட்டிருப்பின் அதனைக் கழித்து மீதித் தொகை மட்டும் செலுத்தப்படும்.

05. கடன் தொகையை திருப்பி செலுத்தும் காலப்பகுதி 55 வயது அல்லது சேவையை நீடிக்கப்பட்டிருப்பின் 60 வயதுக்கு மேற்படுதலாகாது. இலங்கை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி இதற்கு பொறுப்பாக இருப்பது உரிய தவணைக் கட்டணங்கள் தொடர்ந்து கிடைக்கும் வரை மட்டுமாகும்.

ஏதேனுமொரு விதத்தில் இந் நிபந்தனைகளுக்கு முரண்பட்டிருந்தால் அல்லது மீறி இருந்தால் இலங்கை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி இக்கடன் தொகை செலுத்துவது தொடர்பில் பொறுப்பாக இராது.

நிறுவனத் தலைவரின் ஒப்பம்
பதவி முத்திரை

பிரதி :
முகாமையாளர் அக்ரஹாரா
அரச ஊழியர் காப்புறுதித் திணைக்களம்,
இலங்கை இன்சூரன்ஸ்
இல. 21,
வோகஷோல் வீதி,
கொழும்பு - 02