



Buhuman

Application for Senior Citizen Protection



Department of Pensions

*This policy is eligible for retired government servants below the age of 75.

*මෙම රක්ෂණවර්ණය වයස අවුරුදු 75ට අඩු විශ්‍රාමලත් රාජ්‍ය සේවකයන් සඳහා පමණි.

*இக்காப்புறுதியை 75 வயதுக்குட்பட்ட ஓய்வுபெற்ற அரசு உத்தியோகத்தார்கள் பெற்றுக்கொள்ளலாம்.

01. Divisional Secretariat: _____

විශ්‍රාම වැටුප් ලබාගන්නා ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය:
ඔய්වුතියම් පෙරුම් පිරිතේස සෙයලකම්:

02. Grama Seva Division: _____

ග්‍රාම නිලධාරී වසම:
කිරාම සේවකර් පිරිචු:

03. Full Name: _____

සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්):
முழுப்பெயர் (தமிழில்):

04. Name with Initials: _____

නම (මුලකුරු සමග):
பெயர் (முதலெழுத்துக்களுடன்):

05. Retirement Fund No.: _____

විශ්‍රාම වැටුප් අංකය:
ඔය්වුතිය ඉලක්කම්:

06. N.I.C. No.: _____

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:
தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்:

07. Residential Address: _____

ලිපිනය:
முகவரி:

08. Date of Birth: _____

උපන් දිනය:
பிறந்த திகதி:

09. Name of bank or post office of which pension plan will be collected from: (include branch name)

විශ්‍රාම වැටුප් ලබාගන්නා බැංකුව/තැපැල් කාර්යාලයේ නම:
(ශාඛාවේ නම ද ඇතුළත් කරන්න)
ඔය්වුතියක් කොටුපනවෑව පෙරුම් වංකියිත් / තපාල්
நிலையத்தின் பெயர்: (கிளையின் பெயரை குறிப்பிடவும்)

10. Account No.: _____

செலுத்தி அங்கம்:

கணக்கு இலக்கம்:

11. Date of Retirement: _____

விடுதல் தேதி:

ஒய்வுப்பெற்ற திகதி:

12. Telephone No.: _____

தொலைபேசி அங்கம்:

தொலைபேசி இலக்கம்:

13. Registration Date of Policy: _____

பதிவு செய்த தேதி:

காப்புறுதி திட்டத்துடன் இணைந்துகொள்ளும் திகதி:

14. Preferred Policy Scheme: Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ Plan 3 ☐

பரிந்துரைக்கப்பட்ட:

பரிந்துரைக்கப்பட்ட 1 ☐

பரிந்துரைக்கப்பட்ட 2 ☐

பரிந்துரைக்கப்பட்ட 3 ☐

காப்புறுதி திட்டம்:

திட்டம் 1 ☐

திட்டம் 2 ☐

திட்டம் 3 ☐

15. Do you wish to obtain a Critical Illness Insurance cover?

மிகவும் அபாயகரமான நோய்களைக் கவனிப்பதற்கான காப்புறுதியைப் பெற விரும்புகிறீர்களா?

உங்களுக்கு உயிர்ப்பத்து நோய்களுக்கான காப்புறுதியை பெற்றுக்கொள்ள வேண்டுமா?

Yes/ஆம்/ஆம் ☐ No/இல்லை/இல்லை ☐

16. Name of Beneficiary and N.I.C. No.:

பரிந்துரைக்கப்பட்டவரின் பெயர்:

அனுசூலங்களை பெறுபவரின் பெயரும் தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கமும்:

17. Do you / இல்லை / நீங்கள்; Yes / ஆம் / இல்லை No / இல்லை / இல்லை

i) engage in any sport generally considered "dangerous"? ☐ ☐

"அபாயகரமான" என்று கருதப்படும் விளையாட்டில் ஈடுபடுகிறீர்களா?

கடும் ஆபத்தான ஏதேனும் விளையாட்டில் ஈடுபட்டிருக்கிறீர்களா?

ii) suffer from any mental or physical infirmities? ☐ ☐

கிடைக்காத மன அல்லது உடல்வாழ்வுப் பிழைப்புகள் உண்டா?

ஏதேனும் உடல் அல்லது உளவியல் குறைபாட்டினை கொண்டிருக்கிறீர்களா?

iii) have any physical or permanent disabilities due to an injury or sickness?

☐

☐

හදිසි අනතුරකින් හෝ රෝගී තත්ත්වයක් නිසා ඇතිවූ ශාරීරික දුබලතාවයන්ගෙන් හෝ පූර්ණ අබලතාවයකින් පෙළෙනවාද?

තිடீர் விபத்து அல்லது நோய் காரணமாக அங்கவீனமடைந்திருத்தல் அல்லது நிரந்தரமாக அங்கவீனமடைந்திருத்தல் உண்டா?

iv) have a history of having undergone any surgery, sought medical advise or been hospitalised as an inpatient in the past 3 years?

☐

☐

පසුගිය වසර තුනක කාලසීමාවක් තුළ ශල්‍යකර්මයකට භාජනය වීමක් හෝ විශේෂඥ වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගැනීමක් හෝ අභ්‍යන්තර රෝගියෙකු ලෙස ආරෝග්‍යශාලාගතවීමක් සිදුකර තිබේද?

கடந்த மூன்று வருடங்களில் சத்திர சிகிச்சைக்கு உட்பட்டிருத்தல் அல்லது மருத்துவ நிபுணர்களின் மருத்துவ ஆலோசனைகளைப் பெற்றிருத்தல் அல்லது மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருத்தல் உண்டா?

If the answers to any of the questions is “Yes”, please provide further information.

ප්‍රශ්නවලට පිළිතුර “ඔව්” නම්, වැඩිදුර විස්තර සපයන්න.

ஏதேனும் கேள்விக்கு “ஆம்” என பதிலளித்திருப்பின் விபரங்களை தருக.

As per circular No. 08/2014 dated 04/07/2014 issued by the Department of Pensions, I hereby provide my consent to debit Rs. from my pension, being the monthly premium* for 'Buhuman' insurance policy provided by Asian Alliance General Insurance Ltd.

*Premium may change annually and Asian Alliance General Insurance Ltd reserves the rights for such revision of premiums.

විශ්‍රාම වැටුප් දෙපාර්තමේන්තුව මගින් 2014.07.04 දින නිකුත් කරන ලද 8/2014 දරණ චක්‍රලේඛය පරිදි ඒමියන් එලායන්ස් පේනරල් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් මගින් පිරිනමනු ලබන බ්‍රහ්මන් රක්ෂණාවරණයේ මාසික වාරිකය* වන රු.....ක මුදලක් මාගේ විශ්‍රාම වැටුපෙන් අඩුකොට ඒමියන් එලායන්ස් පේනරල් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් වෙත බැර කිරීමට මාගේ එකඟතාවය ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

*වාරික මුදල වාර්ෂිකව වෙනස් විය හැකි අතර එසේ වෙනස් කිරීමේ අයිතිය ඒමියන් එලායන්ස් පේනරල් ඉන්ෂුරන්ස් ලිමිටඩ් සතුවයි.

ஓய்வூதிய திணைக்களத்தினால் 2014.07.04 திகதியன்று வெளியிடப்பட்ட சுற்றறிக்கை இல. 08/2014 பிரகாரம், ஏஷியன் எலாயன்ஸ் ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிட்டட் இனால் வழங்கப்படும் புஹூமன் காப்புறுதிக்காக மாதாந்த கட்டுப்பணமாக* ரூ..... தொகையை எனது ஓய்வூதியக் கொடுப்பனவிலிருந்து அறவிட்டு ஏஷியன் எலாயன்ஸ் ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிட்டட் இற்கு அனுப்பிவைக்குமாறு இத்தால் உடன்படுகின்றேன்.

*கட்டுப்பணமானது வருடாந்தம் மாற்றமடையக்கூடியது. இதனை மாற்றும் உரிமை ஏஷியன் எலாயன்ஸ் ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிட்டட் இற்கு உள்ளது.

Signature of the Declarant
வினாசிகையாஸே ஶீஸி
ஓய்வூதியம் பெறுபவரின் கையொப்பம்

I declare that the above stated information is correct.
ஓய் ச஢ிஸி ஶோர்ஶர்
விஸர்஢ி லி ஶஶிர்ஶி கர்஢ி.
மேற்குறிப்பிட்ட விடயங்கள் அனைத்தும் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

For office use only:
கார்ட்டா஢ிஸி ஶுஸேஸிஸி ச஢ிஸி:
அலுவலக பாவனைக்கு மட்டும்:

Signature of officer in charge
ஸார்ஸி வி஢ி஢ிஸிஸி ஶீஸி
பெற்றுக்கொள்ளும் அலுவலரின் கையொப்பம்

Date: ____ / ____ / 20____
஢ிஸி:
திகதி:

Benefits / ப்ரிலாப / அனுகூலங்கள்

Type of Benefit ப்ரிலாப ரூபரேவனா காப்பீட்டு அனுகூலங்கள்		Limit of Cover (Rs.) பாவரண சிலாப (ரூ.) வரையறுக்கப்பட்ட காப்பீட்டுத் தாகை (ரூ.)		
01.	PERSONAL ACCIDENT COVER பாாபீட்டுகலாப னபீட்டி பனவூர் பாவரணா தனாநபர் வபத்து காப்பீட்டு	Plan 1 சரலசும 1 தாட்டம் 1	Plan 2 சரலசும 2 தாட்டம் 2	Plan 3 சரலசும 3 தாட்டம் 3
a.	Death & Total Disablement னபீட்டி பனவூர்னபீ சாபவன மர்ணா னா சபகாலாப சமீபூர்ணா பபலா தாபர் வபத்து காரணமாக, மரணம் ஏற்படுதல் அல்லது நாநத்தரமாக முழுமையாக அங்கவீனமடைதல்	500,000/-	250,000/-	125,000/-
b.	Expenses incurred on treatments, tests or medication in approved hospitals in case of an accident (any one event / annual aggregate) னபீட்டி பனவூர் னாுவலா, பனூமன ரோனல், சாந்நு சபீலா மபாசபீரானவல ரோனலாநவீமகபீ வாஷாசுரல வலலாசு னாசீநு, சாந்நதா, வலலாசு பரீந்நா சா பாசபா வலலாசுமீ டூர்ணா லு வலலாசு பூநாபூர்ணா (பாந் பவசபீராவகபீ னா வசரந் சபலா) தாபர் வபத்து காரணமாக, அங்கீகாராக கப்பட்ட மருத்துவமனாகளாலா அல்லது சாகாசா நாலயங்களாலா அனாமதாக்கப்படும் பாாது, வலசுட மருத்துவ நாபுணர் கட்டணம், சத்தா சாகாசா, மருத்துவ பாாசாாதனா, மருந்துகள் ஆகாபவற்றுக்கு ஏற்படும் சலவுகள் (ஓரு தடவாக்கு அல்லது ஓரு வருடத்தாற்கு)	75,000/-	50,000/-	30,000/-
c.	Benefits on wheelchair and crutches expenses if wheelchair-bound for a period of 6 months and more (only for accidents within the insured period) மாச 6ந் னா வபா காலாந் சபலா ரோலுபூ னா காலாந் னாவா பவலா வு வலலாசு னாநீம சபலா பூலாசு பாபா (ரந்நா காலா வலலா சாபவன பனவூர் சபலா) 6 மாதங்களுக்கு அல்லது அதற்கு மேல் சக்கர நற்காலாபா அல்லது சக்கர கட்டலாப பயன்படுத்த தாவபபபா, அவற்றா வாங்குவதற்கான நாநாபவா (காப்பூநா காலத்தாற்குள் ஏற்படும் வபத்துகளுக்கு மட்டும்)	20,000/-	20,000/-	20,000/-

Benefits / ப்ரதிபாதி / அனுகூலங்கள்

Type of Benefit பிரதான ரூபரேஷன்கள் காப்பீட்டு அனுசூலங்கள்		Limit of Cover (Rs.) அவரன்னை மிதிப்பு (ரூ.) வரையறுக்கப்பட்ட காப்பீட்டுத் தொகை (ரூ.)		
01.	PERSONAL ACCIDENT COVER பேர்சனல் அக்ஸிடெண்ட் கவர் அவரன்னை தனிநபர் விபத்து காப்பீடு	Plan 1 முகவரி 1 திட்டம் 1	Plan 2 முகவரி 2 திட்டம் 2	Plan 3 முகவரி 3 திட்டம் 3
a.	Death & Total Disablement அக்ஸிடெண்ட் மிகவும் தீவிரமாக அல்லது மிகவும் தீவிரமாக அல்லது மிகவும் தீவிரமாக முழுமையாக அங்கவீனமடைதல்	500,000/-	250,000/-	125,000/-
b.	Expenses incurred on treatments, tests or medication in approved hospitals in case of an accident (any one event / annual aggregate) அக்ஸிடெண்ட், அல்லது ரோகத்தின் போது அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவமனைகளில் விடப்படும் செலவுகள், சிகிச்சை, வேண்டிய பரிசோதனைகள் மருந்துகள் ஆகியவற்றுக்கு ஏற்படும் செலவுகள் (ஒரு நிகழ்வு / ஆண்டு மொத்தம்)	75,000/-	50,000/-	30,000/-
c.	Benefits on wheelchair and crutches expenses if wheelchair-bound for a period of 6 months and more (only for accidents within the insured period) இருண்ட சக்கர வண்டி மற்றும் உதவிக்காகப் பயன்படுத்தப்படும் வாங்குவதற்கான நிதியுதவி (காப்பீட்டிற்குள்ளேயே ஏற்படும் விபத்துகளுக்கு மட்டும்)	20,000/-	20,000/-	20,000/-