



National Insurance Trust Board
Medical and Hospital charges Claim Form
Agrahara Protection Insurance
Proposal Scheme (Pensioners)

Tick the medium preferred for notifications

SMS ☐ or

By post ☐

Applicant's National Identity Card Number
(attach a photocopy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pension Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tick(✓) the type of claim relevant to you

Hospitalization due to other diseases	Govt. Hospital	
	Private hospital	
Heart surgery		
Cancer diseases		
Kidney diseases		

1. Information of the applicant:

1.1 Full name (Rev./Mr./Mrs/Ms. :

Name with initials:.....

1.2 Personal address:.....

1.3 Date of birth :.....

1.4 Telephone number: home:..... mobile:.....

2. Name and address of the institute you served:.....

3. Information of the spouse

3.1 National Identity Card Number:

3.2 Name:.....

3.3 Name and address of the workplace:.....

4. Details of the Bank Account Number

4.1 Your name as in bank account:.....

4.2 Account Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.3 Name of the bank:..... Bank branch:.....

5. If the expenses relevant to this application form is claimed or paid from President's Fund or from any other institute, the details, thereof.

5.1 Name and address of the institute:.....

5.2 Amount paid:.....

5.3 Claim number/ Reference Number:.....

97, Maradana Road, Colombo 10, Sri Lanka
Telephone No. 011 4873900-5 Fax : 0112 323006
Email: mail@nitf.lk Website: www.nitf.lk

6. Declaration of the applicant

I hereby certify that all the particulars stated above is true and correct, I have not applied for the claim from another institute or via any other method as stated in clause 05.

Date :

Applicant's signature

7. To be completed by the Grama Niladhari (strike off the words not relevant)

I state that the documents pertained to the hospitalization of above named Mr/Ms.....is true and accurate, and herewith I submit his/her insurance claim with recommendation for necessary action.

Date:.....

Signature:.....

Name :

Grama Niladhari Division/No:.....

(Official rubber stamp is required)

Documents required to be submitted with the application

01. Certified copy of the Diagnosis card
(Name of the patient, date of admission to the hospital and the date of discharge and the signature and the official stamp of the consultant should be placed)
02. Original bills of the drugs purchased or medical tests performed under doctor's recommendations during the time of hospitalization and doctor's recommendation documents.
03. In a case of in-house treatment in a private hospital, relevant deposit receipts, final detailed bill, final cash payment receipt.

{

Very important: it is mandatory to submit the original documents. Claims will not be settled for the certified copies or photocopies of the bills.

This is not applicable in the instance where a reimbursement is already made from another institute and the balance amount is claimed.
04. A certified copy of your bank account
05. Certified copy of the pension card
06. Certified copy of the National Identity Card

Other instructions

01. Application form should be presented to the National Insurance Trust Fund within 90 days of discharging from the hospital.
02. Copies of the documents you present should be certified only by the Grama Niladhari.
03. Benefit payments are made only for the in-house treatments under Agrahara insurance protection proposal scheme and only for the member himself/herself.

Please note that claim benefits can be obtained in expedited manner and without any delay by submitting duly completed claim form with required documents accurately at once.

ஆதரவாகப் பாதுகாப்பு உத்தேசத் திட்டம்

	தன்மை வகை	எல்லை
01	வைத்தியசாலை மற்றும் சிகிச்சை நிலையக் கட்டணங்கள்	ரூ. 30,000.00 (தாள் ஒன்றுக்கு ரூ. 3,000 படி அறைக் கட்டணங்கள்)
02	மருத்துவ திபுணர் அதேபோல சத்திர சிகிச்சை திபுணரின் பரிந்துரைகளின் பேரில் விசேட சிகிச்சை தாதிச் சேவை மற்றும் சிகிச்சை நிலைய சிகிச்சை என்பவற்றுக்கான மருத்துவ மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை செலவினங்கள்	ரூ. 50,000.00
03	வைத்தியசாலை அல்லது சிகிச்சை நிலையம் ஒன்றில் உள்ள சிகிச்சையினையினை பெற்றுக் கொள்ளும் போது மருத்துவ ஆலோசனைச் சேவைகளுக்கான அல்லது திபுணத்துவ வைத்தியர்கள் சேவைகளுக்கான கட்டணங்கள்.	ரூ. 20,000.00
04	அதிதீவிர சிகிச்சை, எக்ஸ் கதிர் மற்றும் இரேடியம் சோதனைகள் மற்றும் சிகிச்சை, மின் தோய் மாற்றுகை, இயன்முறை மருத்துவம் உள்ளடங்கலான திபுணரின் சேவைகளுக்கான கட்டணங்கள்	ரூ. 20,000.00
05	மேலே 01 இலிருந்து 04 வரையான நிலைகளுக்கு உட்பட்ட தனியார் ஆயுர்வேத வைத்தியசாலை யொன்றில் உள்ள மருத்துவ சிகிச்சை பெற்றுக் கொள்வதற்காக (தனியார் ஆயுர்வேத வைத்தியசாலை கதேச வைத்தியத்துக்கு பொதுப்பாண அமைச்சின் கீழ் பதிவு செய்யப்பட்டிருந்தல் வேண்டும்).	ரூ. 120,000.00 (ஆகக்கூடியது)
06	மேலே 01 முதல் 04 வரையான நிலைகளின் (அ) ஒரு தனித்த நிலைக்கான ஆகக்கூடியது (ஆ) ஒரு தனித்த ஆண்டுக்கான ஆகக்கூடியது	ரூ. 120,000.00 ரூ. 150,000.00
07	I. அரசாங்க வைத்தியசாலை ஒன்றில் உள்ள மருத்துவ சிகிச்சையினையினை பெற்றுக் கொள்வதாயின் II. வைத்திய திபுணர்களின் பரிந்துரையின் பேரில் கொள்வனவு செய்யப்படும் மருத்துவகைகளுக்காக.(வைத்தியசாலையில் அனுதிக்கப்பட்டிருக்கும் காலப்பகுதிக்கு மாத்திரம்) III. வைத்திய திபுணர்களின் பரிந்துரையின் பேரில் மேற்கொள்ளப்படும் மருத்துவப் பரிசோதனைகளுக்காக.(வைத்தியசாலையில் அனுதிக்கப்பட்டிருக்கும் காலப்பகுதிக்கு மாத்திரம்)	ரூ. 5,000.00 (தாள் ஒன்றுக்கு ரூ. 500 படி) ரூ. 50,000.00 ரூ. 20,000.00

