

Application Form



Group Insurance Policy Cover For the members of the Bank of Ceylon Staff Thrift & Welfare Society

ලංකා බැංකුවේ මාණ්ඩලික සකසුරුවම් සහ සුභසාධක සංගමයේ සාමාජිකයින් සඳහා සමූහ රක්ෂණ ආවරණය

- 1. PF Number / PF අංකය: [] [] [] [] [] [] [] []
2. Name With Initials / මූලකුරු සමඟ නම:
3. Civil Status / සිවිල් තත්ත්වය:
o Married / විවාහක
o Single / අවිවාහක
4. Number of Dependents / යැපෙන්නන් සංඛ්‍යාව:
5. Permanent Address / ස්ථිර ලිපිනය:
6. Mobile Number / සංගමදුරකථන අංකය:
7. Date of Birth / ලපන්දිනය: (dd.mm.yyyy)
8. NIC Number / ජාතික හැඳුනුම් පත් අංකය:
9. Gender / ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය:
o Male / පුරුෂ
o Female / ස්ත්‍රී
10. Branch/Department / ශාඛාව/දෙපාර්තමේන්තුව:
11. Branch/Department e-mail / ශාඛාව/දෙපාර්තමේන්තු විද්‍යුත් ලිපිනය:
12. Personal e-mail / පුද්ගලික විද්‍යුත් ලිපිනය:

We hereby agree to join the above insurance scheme proposed by the Bank of Ceylon Staff Thrift and Welfare Society in association with LOLC Life Assurance Limited. We authorize an additional deduction of Rs. 145 from our monthly salary in lieu of insurance premium.

LOLC ලයිෆ් ඇෂුරන්ස් ලිමිටඩ් සමඟ එක්ව ලංකා බැංකුවේ මාණ්ඩලික සකසුරුවම් හා සුභසාධක සංගමය විසින් යෝජනා කරන ලද ඉහත රක්ෂණ ක්‍රමයට සම්බන්ධ වීමට අපි මෙයින් එකඟ වන අතර රක්ෂණ වාරිකය වෙනුවෙන් මගේ මාසික වැටුපෙන් රුපියල් 145 ක අතිරේක මුදලකින් මගේ ආයතනික වැඩි කිරීමට කිරීමට බලවත්ව අවමු.

Date: [දිනය]

Signature: [අත්සන]