

ශ්‍රී ලංකා රක්ෂණ සංස්ථාවේ වෛද්‍ය රක්ෂණ ආවරණය

Sri Lanka Insurance Corporation Ltd. Medical Insurance Cover

අයදුම් පත්‍රය / Application

1. සම්පූර්ණ නම / Name in full:
2. මූලකුරු සමග නම / Name with initials:
3. උපන් දිනය / Date of Birth:
4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය / National Identity Card Number:
5. නගරය / Post:
6. සේවයේ නිරතව සිටින අංශය (පීඨයක නම් එයද සඳහන් කරන්න) / Academic Department With Faculty/ Dept/ Division:
7. පෞද්ගලික ලිපිනය / Private Address :
8. දුරකථන අංකය / Contact Number
 රැකියා ස්ථානය / Work place:
 පෞද්ගලික / Private:
 ජංගම / Mobile:
9. විවාහක/අවිවාහක භාවය / Civil Status:
10. පවුලේ සමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර / Statement of family Members:
 - කාලතූයා පිළිබඳ විස්තර / Detail of spouse
 සම්පූර්ණ නම / Name in full:
 උපන් දිනය / Date of Birth:
 රැකියා ස්ථානය / Work Place:
 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය / National Identity Card Number:
11. අවුරුදු 21 ට අඩු දරුවන් පිළිබඳව විස්තරය / Children Below Age 21

	සම්පූර්ණ නම / Name in full	උපන් දිනය / Date of Birth
01		
02		
03		

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන