

වෛද්‍ය රක්ෂණ ආවරණය  
**MEDICAL INSURANCE COVER**  
 අයදුම් පත්‍රය / **Application Form**

ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් පමණක් පුරවන්න. (Fill in Only Block Capital English Letters)

1. සම්පූර්ණ නම / **Name in Full** : .....
2. මූලකුරු සමඟ නම / **Name with Initials** : .....
3. උපන් දිනය / **Date of Birth** :  
 අවුරුද්ද / **Year**: ..... මාසය / **Month** : ..... දිනය / **Date** : .....
4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය / **National Id**
5. **entity Card Number** : .....
6. වැටුප් අංකය / **Salary No.** : .....
7. තනතුර / **Post** : .....
8. සේවයේ නිරතව සිටින අංශය (පීඨයක නම් එය ද සඳහන් කරන්න) / **Academic Department with Faculty / Dept. / Division** : .....
9. පෞද්ගලික ලිපිනය / **Private Address** : .....
10. දුරකථන අංකය / **Contact Number**
  - රැකියා ස්ථානය / **Work Place** : .....
  - පෞද්ගලික / **Private** : .....
  - ජංගම / **Mobile** : .....
11. විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය / **E-mail Address** : .....
12. විවාහක / අවිවාහක භාවය / **Civil Status** : .....
13. පවුලේ සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර / **Statement of Family Members**
  - a. කාලත්‍රයා පිළිබඳ විස්තර / **Details of Spouse** : .....
  - සම්පූර්ණ නම / **Name in Full** : .....
  - ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය / **NIC Number** : .....

**b. අවුරුදු 21 ට අඩු දරුවන් පිළිබඳ විස්තර / Children below age 21**

	සම්පූර්ණ නම Name in Full	උපන් දිනය Date of Birth	ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය Gender
1			
2			
3			
4			

**c. අවුරුදු 70 ට අඩු දෙමාපියන් පිළිබඳ විස්තර / Parents below age 70**

(අවිවාහක සාමාජිකයන් සඳහා පමණක් මෙය අදාළ වේ)

	සම්පූර්ණ නම Name in Full	උපන් දිනය Date of Birth	ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය Gender
1			
2			

**13. අපේක්ෂා කරනු ලබන රක්ෂණ සැලසුම් ක්‍රමය තෝරන්න**

i. සැලසුම් අංක 01 (රන්) -

ii. සැලසුම් අංක 02 (රිදී) -

රු. 400/- ක ඉතිරි මුදල මාගේ වැටුපෙන් මාසික වාරිකවලින් අඩුකර ගැනීමට  
කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි.

මෙම අයදුම් පත්‍රයේ මා විසින් සඳහන් කරන ලද මාගේ සියලු තොරතුරු, මාගේ සම්පූර්ණ දැනීම හා විශ්වාසය අනුව සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය : .....

අත්සන : .....