

“Your smallest
thrift savings
will protect
your loved
ones.”



A Life Insurance Cover for Members of the Staff Thrift & Welfare Society

Introducing an insurance plan exclusively for
the members of BOC Staff Thrift & Welfare Society,
in association with LOLC LIFE Assurance Limited.



Benefits for the Member under this Scheme are

Benefit	Amount (Rs.)
Life cover	1,000,000
Total & permanent disability	1,000,000
Partial permanent disability	500,000
Funeral expenses benefit	200,000

Benefits for the member's dependents

Benefit	Spouse (Rs.)	Child (Rs.)	Parents & parents-in law of the member (Rs.)
Funeral expenses benefit	50,000	50,000	50,000

Age range for Dependents

Benefit	Spouse	Child	Parents & parents-in law of the member
Funeral expenses benefit	Up to 60 years	Up to 18 years (unmarried/unemployed)	Up to 70 years

- The above mentioned benefits will be offered for a premium of Rs. 1,716/- per annum.
- On receipt of your consent to increase the existing monthly contribution by a further Rs. 145/- per month, the thrift society will pay the annual premium on your behalf.
- Members who wish to join this insurance scheme are kindly requested to return the attached form, duly completed, to reach us as soon as possible.

Bank of Ceylon Staff Thrift & Welfare Society

Bank of Ceylon, Head Office,

Colombo 01.

E-mail: staffthrift@boc.lk / Web: bocthriftsociety.com

Further details

Please contact:

 011-3818781

 071-6928829

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

සකසුරුවම් සහ සුභසාධක සංගමයේ සාමාජිකයින් සඳහා සමූහ රක්ෂණ ආවරණය

1. PF Number / PF අංකය:

--	--	--	--	--	--	--	--
2. Name With Initials / මුලකුරු සමඟ නම:
3. Civil Status / සිවිල් තත්ත්වය:
 - ☐ Married / විවාහක
 - ☐ 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:
 - ☐ Male / පුරුෂ
 - ☐ 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 බලව බලය පවරමි.

Date: [දිනය]

Signature: [අත්සන]