

नेशनल सीड्स कारपोरेशन लिमिटेड

सेवानिवृत्ति उपरान्त चिकित्सा सेवा योजना का सदस्य बनने के लिए सेवानिवृत्त कार्मिक द्वारा दिए जाने वाले विवरण

(निम्नलिखित में से किसी एक पर सही(√) का निशान लगाएं)

(क) सेवानिवृत्त कार्मिक व जीवनसाथी

(ख) केवल सेवानिवृत्त कार्मिक

(ग) दिवंगत सेवानिवृत्त कार्मिक का पति / विधवा पत्नी

कार्मिक अपना फोटो यहां
चिपकाएं

कार्मिक अपने जीवनसाथी
का फोटो यहां चिपकाएं

1	सेवानिवृत्त कार्मिक का नाम	
2	सेवानिवृत्ति के समय पदनाम / कार्मिक संख्या	
3	जन्म तिथि / (1.1.2013 को आयु)	
4	जीवनसाथी का नाम	
5	जीवनसाथी की जन्मतिथि / (1.1.2013 को आयु)	
6	स्थायी पता (साफ-साफ स्पष्ट अक्षरों में लिखें ताकि पढ़ने में गलती न हो)।	
7	पत्राचार का पता (साफ-साफ स्पष्ट अक्षरों में लिखें ताकि पढ़ने में गलती न हो)।	
8	एसटीडी कोड के साथ फोन नम्बर / मोबाइल नम्बर	
9	एनएससी में कार्यभार ग्रहण की तिथि	
10	एनएससी से सेवानिवृत्त होने की तिथि	
11	एनएससी में की गई नौकरी की अवधि	
12	एनएससी से सेवानिवृत्ति के समय वेतनमान एवं ग्रेड वेतन	
13	सेवानिवृत्ति के समय कहां पर कार्यरत थे - (मुख्यालय में विभाग का नाम, क्षेत्रीय कार्यालय में क्षेत्रीय कार्यालय और प्रक्षेत्र कार्यालय में प्रक्षेत्र कार्यालय का नाम)	
14	क्या आपका जीवनसाथी किसी संस्था में कार्यरत है। यदि हां, तो उस संस्था का नाम।	
15	क्या आप या आपका जीवनसाथी किसी अन्य चिकित्सा सेवा योजना का लाभग्राही है? (हां / नहीं)	
16	एकमुश्त अंशदान की राशि और डिमाण्ड ड्राफ्ट का विवरण	डिमाण्ड ड्राफ्ट संख्या.....दिनांक..... राशि..... बैंक का नाम.....

दिनांक सहित भूतपूर्व कार्मिक का नाम और हस्ताक्षर

दिनांक सहित भूतपूर्व कार्मिक के जीवन साथी का नाम और हस्ताक्षर

.....

.....

PARTICULARS TO BE FURNISHED BY RETIRED EMPLOYEES FOR ENROLMENT INTO THE
POST RETIREMENT CONTRIBUTORY MEDICAL SCHEME OF THE NSC.

Enrolment of (Select one)

- (a) Retired employees & spouse
- (b) Retired employees alone
- (c) Widow/ widower of retired employee

Photograph of Retiree employee

Photograph of Spouse of Retiree employee
--

1	Name of the Retired Employee	
2	Employee No. / Designation at the time of retirement	
3	Date of Birth / Age as on 1.1.2012	
4	Name of the Spouse	
5	DOB of Spouse/ Age as on 01.01.12	
6	Permanent Address	
7	Address for communication	
8	Phone nos (with STD code) / Mobile nos	
9	Date of joining NSC	
10	Date of Retirement from NSC	
11	Total years of service in NSC	Years _____ Months _____
12	Designation and Grade / Pay Scale at the time of leaving NSC	
13	Name of Regional / Area/ Head Office of NSC in which last work.	
14	Organization in which spouse is employed	
15	Whether ex-employee / Spouse is covered under any other Medical Benefit Scheme, if any, applicable to his/ her spouse	
16	D.D.No date and amount for lumpsum contribution	DD No Date Rs Name of Bank

.....
Signature of Ex- Employee
With name & Date

.....
Signature of the Spouse
with name & Date