

नेशनल सीड्स कारपोरेशन लिमिटेड

सेवानिवृत्त उपरांत अंशदायी चिकित्सा लाभ योजना के लाभग्राही द्वारा दिए जाने वाले वार्षिक अंशदान जीवन जीवन प्रमाणपत्र संबंधी प्रपत्र

स्वयं तथा जीवनसाथी का विवरण (लाभग्राही द्वारा भरे जाने के लिए)

सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम..... जीवनसाथी का नाम

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पुनर्विवाह नहीं किया है और यह वचन देता हूँ कि यदि भविष्य में कभी पुनर्विवाह करता/करती हूँ तो इसकी सूचना तुरंत मुख्यालय के मानव ससांधन विभाग को दूंगा/दूंगी।

सेवानिवृत्त लाभग्राही के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम
दूरभाष संख्या:
ई-मेल:.....

जीवन प्रमाणपत्र

प्रामाणित किया जाता है कि मैंने सेवानिवृत्त लाभग्राही (मेडिकलेम पहचान कार्ड संख्या) तथा उनके जीवनसाथी (मेडिकलेम पहचान कार्ड संख्या) को देखा है और वे आज की तारीख में जीवित हैं।

मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सेवानिवृत्त लाभग्राही ने पुनर्विवाह नहीं किया है।

सेवानिवृत्त लाभग्राही के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम

सेवानिवृत्त लाभग्राही के जीवनसाथी के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही के जीवनसाथी का नाम

प्राधिकृत अधिकारी* के मुहर सहित हस्ताक्षर
प्राधिकृत अधिकारी* का नाम.....
प्राधिकृत अधिकारी* का पदनाम

वार्षिक अंशदान की राशि और डीडी/चैक का विवरण

डिमांड ड्राफ्ट/चैक संख्या दिनांक..... राशि बैंक का नाम.....

*प्राधिकृत अधिकारी से अभिप्राय निगम में सेवारत सहायक प्रबंधक या इससे उच्च स्तर अथवा केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी से है।

NATIONAL SEEDS CORPORATION LIMITED

Application for Renewal of Post Retirement Contributory Medical Benefit Scheme including the Life Certificate & Annual Contribution to NSC.

Details of Self & Spouse (to be filled by the beneficiary)

Retired Beneficiaries Name _____

Name of the Spouse _____

I hereby declare that have not remarried and I undertake that if I remarry in future that I will immediately intimate the HR Department at the Head Quarter. Further, I am interested to renew this Scheme for FY-_____. Cheque No. _____ dated _____ Rs. _____ towards contribution for FY. _____ is enclosed herewith.

Signature / thumb impression of the beneficiary

Name of the beneficiary _____

Mobile NO _____

E-mail _____

Life Certificate

It is certified that I have seen the Retired beneficiary _____ (Mediclam ID No. _____) and his/her Spouse _____ (Mediclam ID No. _____) and they are alive till date. Further it is also certified this cheque No. _____ dated _____ for Rs. _____ Receipt from employee have been deposited in NSC Account and amount of cheque is also credit to NSC A/c No. _____ on _____

To my optimum retired beneficiary has not remarried.

Signature / thumb impression of the retired beneficiary

Name of the retired beneficiary _____

Signature / thumb impression of the spouse of retired beneficiary

Name of the spouse of retired beneficiary _____

Signature with stamp of Authorised Official

Name of the Authorised Official _____

Designation of the Authorised Official _____

Annual contribution amount and DD/cheque details

Demand Draft/Cheque No.....dated..... Amount Name of the Bank.....

**Authorised Official implies Asst.Manager or above level or Central/State govt. Gazetted Official.*