

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 एतदद्वारा 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 ससाधन विभाग को दुंगा/दुंगी।

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

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।