

അനുബന്ധം - 2

സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള

ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP)

തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ / സർവകലാശാലകൾ എന്നിവിടങ്ങളിലെ പെൻഷൻകാരുടെ

വിവര ശേഖരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള പ്രഫോർമ്

പേര്	
പി.ബി.ഒ നമ്പർ / മറ്റേതെങ്കിലും പെൻഷണറെ തിരിച്ചറിയുന്നതിനുള്ള നമ്പർ	
മാതൃ ട്രഷറി / പെൻഷൻ വിതരണ ഏജൻസി	
മറ്റേതെങ്കിലും പെൻഷനോ കുടുംബ പെൻഷനോ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരം	പെൻഷൻ / കുടുംബ പെൻഷൻ / എക്സ്ട്രാ കൂടുമ്പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് കുടുംബ പെൻഷൻ (ആവശ്യമില്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)
സ്ത്രീ / പുരുഷൻ	
ജനന തീയതി	
ആധാർ നം*	
തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി / ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് / പാസ്പോർട്ട് / റേഷൻ കാർഡ് / പാൻ കാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക) }	
പാൻ നമ്പർ	
പെൻഷൻ (ഇനം)	
റിട്ടയർ ചെയ്ത സമയത്ത് തസ്തികയും ഓഫീസും	
വിരമിച്ച തീയതി	
സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം	
പങ്കാളിയുടെ പേര്	
പങ്കാളി സംസ്ഥാന / സർവകലാശാല/ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ പെൻഷണർ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷണർ / എക്സ്ട്രാ കൂടുമ്പെൻഷണർ / സംസ്ഥാന സർക്കാർ / സർവകലാശാല / തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ വകുപ്പ് ജീവനം ആണെങ്കിൽ വിവരം	പി.പി.ഒ നമ്പർ / പെൻഷൻ നമ്പർ പെൻ നമ്പർ/ എംപ്ലോയീ നമ്പർ / കോഡ്
അങ്ങിനെ അല്ലെങ്കിൽ, ആധാർ/തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം ജനന തീയതി	

60% മോ അതിന് മുകളിലോ വൈകല്യമുള്ള ആശ്രിതരായ കുട്ടികളുണ്ടെങ്കിൽ	
പെൻഷണറുമായുള്ള ബന്ധം	
ആധാർ നമ്പർ*	
തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി / ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് / പാസ്പോർട്ട് / റേഷൻ കാർഡ് / പാൻ കാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക) }	
ജനന തീയതി	
സ്ത്രീ / പുരുഷൻ	
മൊബൈൽ നമ്പർ	
മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ <p style="text-align: center;">പദ്ധതിയുടെ പേര് അംഗത്വ നമ്പർ കാലാവധി</p>	

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൻ പ്രകാരം പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്നും ആയതിൽ എന്തെങ്കിലും പിഴവുകൾ കണ്ടെത്തുന്ന പക്ഷം എന്റെ പോളിസി പൂർണ്ണമായും അസാധുവാകുമെന്നു മനസ്സിലാക്കുന്നതായും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു.

സ്ഥലം : പേര് :

തീയതി : ഒപ്പ് :

* അഭികാമ്യം