

അനുബന്ധം- 2

സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള ആരോഗ്യ

ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP) - പെൻഷൻ/കുടുംബപെൻഷൻകാരുടെ

വിവരശേഖരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള പ്രഫോർമ

(ഇംഗ്ലീഷ് ബ്ലോക്ക് അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കുക)

1	പേര്	
2	ലിംഗം (ബാധകമായത് ✓ ചെയ്യുക)	പുരുഷൻ / സ്ത്രീ / മറ്റുള്ളവർ
3	ജനനതീയതി, വയസ്സ്	
4	വിരമിച്ച തീയതി	
5	റിട്ടയർ ചെയ്ത സമയത്തെ തസ്തികയും ഓഫീസും പെൻഷനുമും	
6	പെൻഷൻ (ഇനം)	സംസ്ഥാന സർവ്വീസ് പെൻഷൻ/ കുടുംബ പെൻഷൻ / എക്സ്ട്രാപോഷ്യൂ പെൻഷൻ/ എക്സ്ട്രാപോഷ്യൂ കുടുംബ പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് കുടുംബപെൻഷൻ/പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് പെൻഷൻ/പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് കുടുംബ പെൻഷൻ (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)
7	പി.പി.ഒ. നമ്പർ	
8	പ്രഫോർമ സമർപ്പിക്കുന്ന ട്രഷറി	
9	പെൻഷൻ വിതരണ ഏജൻസി (ബാധകമായത് ചെയ്യുക)	ബാങ്ക്/ട്രഷറി/മണിഓർഡർ
10	സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പെൻഷനോ/കുടുംബ പെൻഷനോ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരം	
11	ആധാർ നം. (Aadhaar)	
12	തിരിച്ചറിയിൽ കാർഡ് നം. {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/പാസ് പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}	
13	പാൻ (PAN)	
14	മൊബൈൽ നം.	
15	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	
16	മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ കേന്ദ്ര/സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	
17	സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം	
18	മെഡിക്കൽ അലവൻസ് കൈപ്പറ്റുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ തുക.	

പങ്കാളിയുടെ വിവരങ്ങൾ (കുടുംബപെൻഷൻകാർക്ക് ബാധകമല്ല)

19	പങ്കാളിയുടെ പേര്	
20	ജനനതീയതി, വയസ്	
21	<p>പങ്കാളി താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നുവെങ്കിൽ ആ വിവരം</p> <p>സംസ്ഥാന സർവ്വീസ് പെൻഷണർ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷണർ / പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് പെൻഷണർ / സംസ്ഥാന സർക്കാർ / സർവകലാശാല/ തദ്ദേശസ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനം/ പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് ജീവനം (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക) (ഈ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്തവർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതല്ല)</p>	<p>പി.പി.ഒ നമ്പർ/പെൻഷൻ നമ്പർ : പെൻ/ എംപ്ലോയീ നം/കോഡ് : തസ്തിക : ഓഫീസ്/സ്ഥാപനം :</p>
22	<p>(എ) ആധാർ നമ്പർ (Aadhaar)</p> <p>(ബി) തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നമ്പർ {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ റേഷൻകാർഡ്/പാസ്സ്പോർട്ട് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}</p>	
23	<p>മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :</p>	
24	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	

ആശ്രിതരുടെ വിവരങ്ങൾ (വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളുണ്ടെങ്കിൽ മാത്രം)

25	<p>പേര് :</p> <p>പെൻഷണറുമായുള്ള ബന്ധം :</p> <p>ആധാർ നം :</p> <p>തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം :</p> <p>{ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ റേഷൻകാർഡ്/പാസ്സ്പോർട്ട് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}</p> <p>ജനനതീയതി :</p> <p>ലിംഗം (ബാധകമായത് ✓ ചെയ്യുക)</p>	<p>പുരുഷൻ / സ്ത്രീ / മറ്റുള്ളവർ</p>
26	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	

27	മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	
----	--	--

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൻ പ്രകാരം പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്നും ആയതിൽ എന്തെങ്കിലും പിഴവ് കണ്ടെത്തുന്ന പക്ഷം എന്റെ പോളിസി പൂർണ്ണമായും അസാധുവാകുമെന്നു മനസ്സിലാക്കുന്നതായും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ ആധാർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള മേൽ വിവരങ്ങൾ പദ്ധതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട കമ്പനികളുമായി പങ്കുവെയ്ക്കുന്നതിന് സമ്മതിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :

പേര് :

തീയതി :

ഒപ്പ് :

- കുറിപ്പുകൾ -
1. രക്ത ഗ്രൂപ്പ് സംബന്ധിച്ച വിവരം നൽകുന്നത് നിർബന്ധമല്ല.
 2. വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളെ സംബന്ധിച്ച നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിലുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യപ്പെടുന്ന മുറയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
 3. സർക്കാർ ജീവനത്തിൽ തുടരുന്ന കുടുംബ പെൻഷൻകാർ ഈ പ്രഫോർമ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതില്ല.