

मॉयल लिमिटेड के सेवानिवृत्त/ सेपरेटेड कर्मचारियों हेतु ग्रुप मेडीकल इन्शुरेन्स  
संबंधित

जीवन-प्रमाणपत्र

|                                                          |                   |                   |                   |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| स्वयं की फोटो<br>(सेवानिवृत्त /<br>सेपरेटेड<br>कर्मचारी) | आश्रित की<br>फोटो | आश्रित की<br>फोटो | आश्रित की<br>फोटो |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

1. सेवानिवृत्त/सेपरेटेड कर्मचारी का नाम : .....
2. सेवानिवृत्त/सेपरेटेड कर्मचारी का इम्प्लॉई नं. : .....
3. सेवानिवृत्ति/ सेपरेशन का दिनांक : .....
4. सेपरेशन का कारण : .....
5. सेवानिवृत्ति/ सेपरेशन के समय पदनाम : .....
6. सेवानिवृत्ति/ सेपरेशन का स्थान : मुख्यालय / ..... खान
7. मोबाईल नं. : (1) .....  
(2) .....
8. ई-मेल पता : .....
9. वर्तमान पता (पिन कोड सहित) : .....  
.....  
.....  
.....

(नई योजना में सम्मिलित/सम्मिलित होने वाले सेवानिवृत्त / सेपरेटेड कर्मचारी हेतु)  
(क्रं. संख्या 10 एवं 11)

10. परिवार से संबंधित जानकारी (स्वयं एवं आश्रित पति/पत्नी, विकलांग, मतिमंद पुत्र/पुत्री एवं आश्रित माता-पिता (यदि चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने के इच्छुक हों)

| क्रं. | जीवित सदस्य का नाम | संबंध | लिंग | आधार क्रं. | आधार<br>लिंग<br>मोबाईल नं | जन्मतिथि |
|-------|--------------------|-------|------|------------|---------------------------|----------|
| 1.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 2.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 3.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 4.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 5.    |                    |       |      |            |                           |          |

11. आश्रित माता-पिता हेतु मेडीकल इन्शुरेन्स की सुविधा प्राप्त करने के इच्छुक है? : हाँ / नहीं  
(यदि इच्छुक है, तो आश्रित माता-पिता के संबंध में इन्शुरेन्स प्रीमीयम की सालाना राशि सेवानिवृत्त / सेपरेटेड कर्मचारी द्वारा मॉयल को देय होगी जो संबंधित इन्शुरेन्स कंपनी द्वारा बताई जायेगी। यह इन्शुरेन्स प्रीमीयम की राशि दिनांक 01.04.2026 से 31.03.2027 तक मान्य होगी)

**(पुरानी योजना में सम्मिलित सेवानिवृत्त / सेपरेटेड कर्मचारी हेतु – क्रं. संख्या 12)**

12. परिवार से संबंधित जानकारी (स्वयं एवं आश्रित पति/पत्नी, विकलांग, मतिमंद पुत्र/पुत्री)

| क्रं. | जीवित सदस्य का नाम | संबंध | लिंग | आधार क्रं. | आधार<br>लिंक<br>मोबाईल नं | जन्मतिथि |
|-------|--------------------|-------|------|------------|---------------------------|----------|
| 1.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 2.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 3.    |                    |       |      |            |                           |          |
| 4.    |                    |       |      |            |                           |          |

13. सभी सदस्यों की आधार कार्ड की प्रति संलग्न है: हाँ/नहीं (कृपया ✓ लगायें)  
**(सभी जीवित सदस्यों की आधार कार्ड की प्रति संलग्न करना अनिवार्य है)**

हम जानकारी प्रदान करना चाहते हैं कि उपरोक्त सदस्य आज की तारीख में जीवित है और 01/04/2026 से 31/03/2027 की अवधि हेतु मॉयल लिमिटेड के सेवानिवृत्त / सेपरेटेड कर्मचारियों हेतु ग्रुप मेडिकल इन्शोरेंस पॉलिसी का लाभ प्राप्त करना चाहते हैं। संबंधित सदस्यों का आधार कार्ड की छायाप्रति संलग्न है। उपरोक्त जानकारी हमारे संज्ञान अनुसार सही है एवं हम इसकी पूर्ण जिम्मेदारी लेते हैं। मैं एवं परिवार के अन्य सदस्य किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा सुविधा का लाभ प्राप्त नहीं कर रहे हैं। हम जानते हैं कि यदि हमारे परिवार के सदस्य किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा सुविधा का लाभ प्राप्त कर रहे हैं, तो हम मॉयल लिमिटेड के सेवानिवृत्त / सेपरेटेड कर्मचारियों के लिए ग्रुप मेडिकल इन्शोरेंस पॉलिसी के तहत लाभ प्राप्त करने के पात्र नहीं होंगे।

दिनांक:

स्थान:

सेवानिवृत्त/सेपरेटेड कर्मचारी/आश्रित का नाम एवं हस्ताक्षर  
नाम: .....

**(कार्यालयीन उपयोग हेतु)**

अंतिम कार्यस्थल पर खान के कार्मिक विभाग/मुख्यालय द्वारा प्रमाणित किया जाये।

यह प्रमाणित किया जाता है कि इस प्रमाणपत्र में उल्लेखित विषय-वस्तु सेवानिवृत्ति/ सेपरेशन के पूर्व उपलब्ध अभिलेखों के अनुसार सत्य है।

खान प्रबंधक/विभाग प्रमुख (कार्मिक), मुख्यालय

प्रमाणन अधिकारी का नाम :

पदनाम:

स्थान: (खान/मुख्यालय)

दिनांक: