OPD card form P1.

महानगर टेलीफोन निगम लिमिटेड सेवानिवृत्त कार्मिक योजना के लिए पंजीकरण हेतु आवेदन

विकल्प प्रपत्र

कार्यकारी निदेशक
म0टे0नि0लि0,
खुर्शीदलाल भवन, नई दिल्ली

महोदय,

मैं अधिवर्षिता की आयु प्राप्त होने पर दिनांक 31-12- को महानगर टेलीफोन निगम लि0 की सेवाओं से सेवानिवृत्त हुआ हूं तथा इसके पीछे वर्णित कम्पनी की सेवानिवृत्त कार्मिक स्वास्थ्य योजना की प्रमुख विशेषताओं के अनुसार दिनांक ---------- से इस योजना में शामिल होना चाहता/चाहती हूं ।

मैं अनुरोध करता हूं/करती हूं कि नीचे दिए गए विवरणानुसार मुझे, मेरी पत्नी/पति को चिकित्सा सुविधा प्रदान की जाए :-

	नाम	आयु	सम्बन्ध	नमूना हस्ताक्षर पति/पत्नी
1				
2				

मैं प्रमाणित करता हूं/करती हूं कि (1) मैं पूर्णकालिक रुप से पुन: नौकरी नहीं कर रहा/रही हूं। 2. मैं तथा मेरी पत्नी/पति मेरी अपनी/अपनी पत्नी/पति अथवा बच्चों की नौकरी के परिणाम स्वरुप कोई भी चिकित्सा सुविधा प्राप्त नहीं कर रहा/रही हूं ।

मैं वचन देता/देती हूं कि उपर्युक्त विवरण में जब कभी कोई परिवर्तन होगा मैं उसकी सूचना कम्पनी को दूंगा/दूंगी ।

समय-समय पर प्रस्तुत किए गए चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति/राशि कृपया खाता सं0---------- बैंक का नाम---------- पता---------- में जमा करवा दी जाए ।

मैं यह भी वचन देता हूं/देती हूं कि मेरे आश्रितों के अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में मैं भर्ती होने के 24 घंटे के अन्दर कार्यालय को सूचित करुंगा/करुंगी ।

मैं यह पूर्णत: समझता हूं/समझती हूं कि कम्पनी इस योजना को बिना कोई सूचना दिए तथा बिना कोई कारण बताए किसी भी समय वापस ले सकती है/संशोधित कर सकती है ।

दिनांक----------

भवदीय

हस्ताक्षर----------
नाम----------
पेंशन भुगतान आदेश सं0----
टेलीफोन नं0----------
मोबाइल नं0----------

सेवानिवृत्ति के समय पदनाम----------
स्थायी पता ----------

P+2

अनुलग्नक(ख)

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं/करती हूं कि नीचे दर्शाए गए मेरे परिवार के सदस्य पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित हैं

क्रमांक	परिवार के सदस्य का नाम	जन्म तिथि	संबंध
1-			
2-			

मैं यह भी घोषणा करता हूं/करती हूं कि उनकी आय सभी स्रोतों से प्रति माह 2500/-रु0 से अधिक नहीं है। यदि उपर्युक्त सूचना कभी भी असत्य पायी जाती है तो विभागीय नियमों/विधान जैसा उचित समझे तदनुसार मेरे विरुद्ध कार्यवाही की जा सकती है।

साक्षी
1.
2.........................

सेवानिवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर
नाम...........................
अंतिम कार्मिक सं0.............
अंतिम इकाई..................
पेंशन भुगतान आदेश सं0........
फोन नं.

पति/पत्नी दोनों के कार्यरत/सेवानिवृत्त होने के मामले में संयुक्त रूप से घोषणा किया जाना।

चिकित्सा कार्ड बनवाने के लिए आवश्यक प्रपत्र:-

1- पेंशन भुगतान आदेश की प्रति सत्यापित।
2- चिकित्सा कार्ड [illegible] जमा कराने संबंधी [illegible] सर्टिफिकेट।
3- दो फोटो [illegible] (पति/पत्नी का) संयुक्त।
4- अंतिम वेतन पर्ची। [illegible] — 1/04/2008 की [illegible]
5- पति/पत्नी के कार्यरत होने पर अनापत्ति प्रमाण-पत्र (NOC)।
6- सेवानिवृत्त पति/पत्नी की चिकित्सा सुविधा लेने के लिए शपथ पत्र।
7- [illegible] पेंशन [illegible] (NOC/NoDue)/जमा होने का प्रमाण-पत्र।
8- निर्धारित फार्म पर हस्ताक्षर सत्यापित।
9- अनुलग्नक (ख) में सत्यापित हस्ताक्षर।
10- लैजर (Ledger) फार्म में हस्ताक्षर सत्यापित।
11, [illegible]