

കേരള വാട്ടർ അതോറിറ്റിയിലെ പെൻഷൻ ജീവനക്കാർക്കുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകുന്നതിനുള്ള സമ്മതപത്രം

- 1 പെൻഷണറുടെ പേര് :
- 2 ജനന തീയതി/വയസ്സ് :
- 3 പി.പി.ഒ നമ്പർ :
- 4 സ്ഥിര മേവിലാസവും ഫോൺ നമ്പറും :
- 5 വിരമിച്ച സമയത്ത് ജോലി ചെയ്തിരുന്ന തസ്തിക :
- 6 ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :
- 7 ഭാര്യയുടെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര് :
- 8 ജനന തീയതി/വയസ്സ് :

അംഗപരിമിതന്റെ ഭിന്നശേഷിയക്കാരോ ആയ അവിവാഹിതരായ മക്കളുണ്ടെങ്കിൽ

- 9 പേര് :
- 10 ജനന തീയതി/വയസ്സ് :

ബഹുമാനപ്പെട്ട ഫിനാൻസ് മാനേജർ ചീഫ് അക്കൗണ്ട്സ് ഓഫീസർ ജല ഭവൻ അവാർകൾക്ക്:-

മേൽ പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ സത്യസന്ധമാണെന്നും ആരോഗ്യ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകാൻ എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ആയതിനുവേണ്ടി വരുന്ന പ്രതിമാസ പ്രീമിയം തുക എന്റെ പ്രതിമാസ പെൻഷൻ തുകയിൽ നിന്ന് ഈടാക്കുന്നതിന് എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

സ്ഥലം
തീയതി

ഒപ്പ്