

**കേരള വാട്ടർ അതോറിറ്റിയിലെ പെൻഷൻകാർക്കുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകുന്നതിനുള്ള**

**സമ്മതപത്രം**

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

ഭിന്നശേഷിക്കാരായ അവിവാഹിതരായ മക്കളുണ്ടെങ്കിൽ

- 10 പേര് :
- 11 ജനന തീയതി/വയസ്സ് :

ബഹുമാനപ്പെട്ട ഫിനാൻസ് മാനേജർ & ചീഫ് അക്കൗണ്ടന്റ് ഓഫീസർ, ജല ഭവൻ അവാർകൾക്ക്:-

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

സ്ഥലം :  
തീയതി :

ഒപ്പ്