

(एकल)

जीवन प्रमाण पत्र

यह जिससे संबंधित है

प्रमाणित किया जाता है कि श्री
_____, पुत्र
_____/ श्रीमती _____, पत्नी
_____, निवास
स्थान _____

_____ को मैं पहचानता हूँ।
यह प्रमाण पत्र जारी करते समय श्री/श्रीमती _____
जीवित हैं। आउटडोर/अधिवासीय उपचार के व्यय के भुगतान हेतु यह प्रमाण पत्र
जारी किया जाता है। श्री/श्रीमती _____ के
हस्ताक्षर यहाँ साक्ष्यांकित हैं।

श्री/श्रीमती _____

अनुप्रमाणित हस्ताक्षर

पंजीकृत संख्या के साथ पंजीकृत चिकित्सक अथवा
केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी अथवा
बैंक के शाखा प्रबंधक, जहाँ से वानिवृत्त अधिकारी/
पति या पत्नी का बचत खाता हो अथवा
उस कंपनी के किसी अधिकारी का मुहर/स्टैंप सहित हस्ताक्षर
जहाँ से चिकित्सा सुविधा प्राप्त की जाती है

दिनांक :

(युग्म)

जीवन प्रमाण पत्र

यह जिससे संबंधित है

प्रमाणित किया जाता है कि श्री _____, पुत्र
_____/ श्रीमती _____, पत्नी
_____ निवास स्थान _____

_____ को मैं पहचानता हूँ।

यह प्रमाण पत्र जारी करते समय श्री/श्रीमती _____
जीवित हैं। सीपीआरएमएसई के तहत आउटडोर/अधिवासीय उपचार के व्यय के भुगतान
हेतु यह प्रमाण पत्र जारी किया जाता है।

उपरोक्त व्यक्ति/व्यक्तियों के हस्ताक्षर इसके अंतर्गत साक्ष्यांकित है/हैं

सेवानिवृत्त अधिकारी के हस्ताक्षर श्री/श्रीमती _____
सेवानिवृत्त अधिकारी के पति/पत्नी के हस्ताक्षर _____

पंजीकृत संख्या के साथ पंजीकृत चिकित्सक अथवा
केंद्र/राज्य सरकार के राजपत्रित अधिकारी अथवा
बैंक के शाखा प्रबंधक, जहाँ सेवानिवृत्त अधिकारी/
पति या पत्नी का बचत खाता हो अथवा
उस कंपनी के किसी अधिकारी का मुहर/स्टैप सहित हस्ताक्षर
जहाँ से चिकित्सा सुविधा प्राप्त की जाती है

दिनांक :

चिकित्सा कार्ड की पंजीकृत संख्या :

सीपीआरएमएसई/ _____

नोट : कृपया ध्यान दें, युग्म सदस्यता के मामले में, अधिकारियों और उनके पति/पत्नी के
हस्ताक्षर अनिवार्य हैं।

LIFE CERTIFICATE (FOR SINGLE Head)

To whom it may concern

This is to certify that Shri _____ son of
_____ / Smt _____ wife of
_____ residing at _____
_____ is known to me/him.

Shri/Smt _____ is alive at the time issuing this
certificate. This certificate is issued for release of payment of outdoor/domiciliary treatment.
The signature of Shri/ Smt _____ is attested hereunder.

Shri/Smt _____

Signature Attested

Signature of Registered Medical Practitioner with Reg. No. OR
Gazetted Officer of Central/ State Govt. OR
The Branch Manager of the Bank where the retired
Executive / spouse is holding S.B. A/C OR
Any Officer of the company from where
The medical facility is obtained
With Seal / Stamp

Date:



A Maharatna Company

LIVE CERTIFICATE (For Double Head)

To whom it may Concern

This is to certify that Shri _____
son of Shri _____ and Smt. _____
wife of _____ residing at _____
_____ are/is known to me and alive at the time of
issuing this certificate. The certificate is issued for release of payment for outdoor/
domiciliary treatment under CPRMSE of CIL.

The Signature/s of the above mentioned person/s is/are attested hereunder.

Signature of Retd executive Shri/Smt _____

Signature of spouse _____

Signature of Registered Medical Practitioner with Reg. No. OR
Gazetted Officer of Central/State Govt. OR
The Branch Manager of the Bank where the retired
Executive/ spouse is holding S.B. A/C OR
Any Officer of the company from where
the medical facility is obtained
With Seal/Stamp

Date: _____

Registration No. of Medical Card: CPRMSE/ _____

Note: Please note that in case of couple membership, signature of the executives and their spouse is mandatory.