



**भारतीय नौवहन निगम लिमिटेड**  
**The Shipping Corporation of India Ltd.**

सेवा में / To, मुख्य प्रबंधक / Chief Manager (P), भारतीय नौवहन निगम लिमिटेड / The Shipping Corporation of India Ltd,  
शिपिंग हाउस, 18वीं मंजिल / Shipping House, 18th floor, कार्मिक व प्रशासन विभाग / Personnel and Administration Dept, 245, मैडम कामा  
रोड / Madam Cama Road, मुंबई/Mumbai-400021.

सेवानिवृत्ति उपरांत चिकित्सा योजना के अंतर्गत अस्तित्व प्रमाण पत्र.

**FORM OF CERTIFICATE OF EXISTENCE UNDER POST RETIREMENT MEDICAL SCHEME**

पूर्व कर्मचारी/आश्रित पति या पत्नी द्वारा हर साल नवम्बर-दिसम्बर में प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए  
(Certificate to be furnished by the Ex-employee/dependent spouse on **30<sup>TH</sup> November every year**)

प्रिय महोदय/महोदया / Dear Sir/Madam,

Date: \_\_\_\_\_

आपको सूचित किया जाता है कि भारतीय नौवहन निगम लिमिटेड की अपेक्षा के अनुसार मैं अपने और अपने पति/अपनी पत्नी के अस्तित्व के प्रमाणपत्र की घोषणा करता हूँ, जिसका विवरण निम्नानुसार है :-

This is to inform you that as per The Shipping Corporation of India Ltd requirement, I am declaring **Certificate of Existence** of myself and my spouse, details as follows:

**1. प्रमाणपत्र / CERTIFICATE :**

(कर्मचारी का नाम और हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

➤ Name of the employee & signature/ Thumb impression) \_\_\_\_\_

(जन्म की तारीख /Date of Birth) \_\_\_\_\_

(पति/पत्नी का नाम एवं हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान)

➤ Name of the Spouse and Signature/Thumb impression) \_\_\_\_\_

(जन्म की तारीख /Date of Birth) \_\_\_\_\_

**2. पूर्व कर्मचारी/आश्रित पति या पत्नी द्वारा घोषणा /DECLARATION BY EX-EMPLOYEE/DEPENDENT SPOUSE:**

**कर्मचारी का नवीनतम पता / Employee Address (Please furnish Latest Address):**

पीन / PIN \_\_\_\_\_

पदनाम / Designation: \_\_\_\_\_

कर्मचारी कोड नं./E.C.No. : \_\_\_\_\_

आवास टेलिफोन नं./ Resi.Tel.No.: \_\_\_\_\_

मोबाइल / Mobile No. : \_\_\_\_\_

ईमेल आईडी / E.mail ID : \_\_\_\_\_

**3. प्रमाणन प्राधिकारी /CERTIFYING AUTHORITY :**

(प्रमाणन प्राधिकारी का नाम,हस्ताक्षर एवं कार्यालय मुहर / **Signature and Office Seal of the Certifying Authority**)\*

Seal of the Certifying Authority

Name of the Certifying Authority: \_\_\_\_\_,

Designation: \_\_\_\_\_,

\*(Gazetted Officer / Medical Practitioner with Registration No./Bank Manager of nationalized Bank/Post Master/Head Master of the School/College Principal/Class-I officer of LIC/ Class I Officer of Central /State Government)