

दि स्टेट ट्रेडिंग कॉर्पोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड, नई दिल्ली
(कार्मिक विभाग)

सं: STC/CO/PERS./MED./03126/2025

दिनांक: 15.07.2025

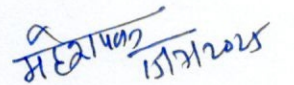
परिपत्र सं.: का.प्र./चि./01/2025

विषय: सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं उनके आश्रित जीवनसाथी से जीवन प्रमाण-पत्र प्राप्त करने के संबंध में।

एस.टी.सी. सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना, 1981 के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा प्राप्त कर रहे सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं उनके आश्रित जीवनसाथियों के रिकॉर्ड को अद्यतन रखने एवं पात्रता की सत्यता सुनिश्चित करने के उद्देश्य से, सभी लाभार्थियों से जीवन प्रमाण-पत्र प्राप्त किया जाना अनिवार्य किया गया है।

अतः, उपरोक्त योजना के अंतर्गत कवर किए गए सभी सेवानिवृत्त कर्मचारी एवं/या उनके आश्रित जीवनसाथी से अनुरोध किया जाता है कि वे संलग्न प्रारूप में जीवन प्रमाण-पत्र भरकर दिनांक 30.07.2025 तक कार्मिक विभाग, एस.टी.सी. मुख्यालय को प्रस्तुत करें। यदि किसी लाभार्थी की ओर से निर्धारित समयसीमा के भीतर प्रमाण-पत्र प्राप्त नहीं होता है, तो चिकित्सा सुविधा अस्थायी रूप से स्थगित की जा सकती है।

यह परिपत्र सक्षम प्राधिकारी की स्वीकृति से जारी किया गया है।



(महेश कुमार पवन)

सहायक प्रबंधक(कार्मिक)

- सभी संबंधित



दि स्टेट ट्रेडिंग कार्पोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड

जीवन प्रमाण पत्र

एसटीसी (सेवानिवृत्त कर्मचारी) चिकित्सा लाभ योजना के सदस्य द्वारा प्रस्तुत किया जाये
(स्पष्ट अक्षरों में भरा जाये)

प्रबन्धक (चिकित्सा कक्ष)

एसटीसी ऑफ इंडिया लिमिटेड

.....

.....

चिकित्सा पत्रक संख्या.....

कर्मचारी संख्या.....

(जब नौकरी में थे)

भूतपूर्व कर्मचारी का नाम			
क्या भूतपूर्व कर्मचारी जीवित है		जी हाँ	जी नहीं
सेवानिवृत्ति के समय पदनाम		लिंग	पुरुष/महिला
जन्म तिथि		नियुक्ति की तारीख	सेवानिवृत्ति की तारीख
क्या भूतपूर्व कर्मचारी का जीवनसाथी जीवित है		जी हाँ	जी नहीं
जीवनसाथी का नाम			
क्या जीवनसाथी चिकित्सा सुविधा ले रहा है		जी हाँ	जी नहीं
जन्म तिथि (जीवन साथी)		लिंग	पुरुष/महिला
अन्य चिकित्सा पत्रक सं. (यदि डुप्लिकेट कार्ड जारी किया गया है)			
पता			
मोबाइल नं. :	ई-मेल आईडी:		

प्रमाणित किया जाता है कि:-

- I. मैं वेतनभोगी कर्मचारी नहीं हूँ / वेतनभोगी कर्मचारी हूँ किन्तु अपने वर्तमान नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा नहीं ले रहा / ले रही हूँ।
- II. मेरा जीवन साथी वेतनभोगी कर्मचारी नहीं है / वेतनभोगी कर्मचारी है किन्तु अपने वर्तमान नियोक्ता से चिकित्सा सुविधा नहीं ले रहा / ले रही है।

मैं, जिसके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिये गये हैं, आज 20 को जीवित हूँ तथा मेरे द्वारा दी गई उपर्युक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है।

(सदस्य के हस्ताक्षर)

THE STATE TRADING CORPORATION OF INDIA LTD., NEW DELHI.
(Personnel Division)

F.No.: STC/CO/PERS./MED./03126/2025/

Date: 15.07.2025

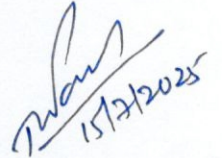
CIRCULAR No: PD/Med/01/2025

Subject: Submission of Existence/Life Certificate by Retired Employees and their Dependent Spouses – reg.

With a view to updating records and verifying the eligibility of retired employees and their dependent spouses who are availing medical benefits under the *STC Retired Employees Medical Benefit Scheme, 1981*, submission of an Existence/Live Certificate from all such beneficiaries has been made mandatory.

Accordingly, all retired employees and/or their dependent spouses covered under the above scheme are requested to submit the Existence/Live Certificate in the prescribed format (enclosed), duly filled in, to the Personnel Division, STC Corporate Office, latest by 30.07.2025. In case the certificate is not received within the stipulated timeframe, the medical facility may be temporarily suspended.

This issues with the approval of the Competent Authority.



(M.K. Pawan)
Assistant Manager(Pers.)

To: All concerned



THE STATE TRADING CORPORATION OF INDIA LTD.

EXISTENCE CERTIFICATE

(TO BE SUBMITTED BY MEMBER OF THE STC (RETIRED EMPLOYEES')
MEDICAL BENEFIT SCHEME)

TO BE FILLED IN CAPITAL LETTER

Manager (Medical Cell)

STC of India Limited

MEDICAL CARD NO. _____

EMPLOYEE NO. _____
(While in employment)

NAME OF THE EX-EMPLOYEE					
WHETHER THE EX-EMPLOYEE IS ALIVE			YES	NO	
DESIGNATION AT THE TIME OF RETIREMENT			GENDER	M/F	
DATE OF BIRTH		DATE OF APPOINTMENT		DATE OF RETIREMENT	
WHETHER THE SPOUSE OF THE EX-EMPLOYEE IS ALIVE			YES	NO	
NAME OF THE SPOUSE					
WHETHER SPOUSE IS AVAILING MEDICAL FACILITY			YES	NO	
DATE OF BIRTH (SPOUSE)			GENDER	M/F	
OTHER MEDICAL CARD NO. (IF ANY DUPLICATE CARD ISSUED)					
ADDRESS					
Mobile No.		E-mail Id :			

It is certified that:

- I am not gainfully employed/ gainfully employed but not availing medical facility from my present employer
- My spouse is not gainfully employed/ gainfully employed but not availing medical facility from his/ her present employer.
- I, Shri/ Smt _____
whose specimen signature is given below, am alive today, the _____ day of _____,
20 _____ and all the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief.

(Signature of the Member)