



**CALICUT CITY
SERVICE CO-OP
BANK LTD.**

WWW.CALICUTCITYBANK.COM

Ltd. No. D 2777, H.O. Chalappuram, Calicut - 673 302, Kerala, Inida
Tel: 91 495 2306311, www.calicutcitybank.com, E-Mail: info@calicutcitybank.com

Deposit No.



FIXED DEPOSIT

മാസ് കെയർ സ്ഥിരനിക്ഷേപ പദ്ധതി

അപേക്ഷാഫോറം

1. പേര്			
2. കസ്റ്റമർ ഐ.ഡി.നമ്പർ		അംഗത്വ നമ്പർ :	
3. അഡ്രസ്സ്			
	മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ..... ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
4. ഫോൺ നമ്പർ	1.	2.	
5. ഇ.മെയിൽ വിലാസം			
6. ജനന തീയതി	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</div> </div> വയസ്സ്: Years Months ജനന തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
7. നിക്ഷേപിക്കുന്ന തുക (നിക്ഷേപ തുക ബാങ്കിൽ നേരിട്ട് നിക്ഷേപിക്കാത്ത പക്ഷം നിക്ഷേപ തുക കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് കോ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ബാങ്കിന്റെ പേരിൽ ക്രോസ് ചെയ്ത ചെക്ക്/ഡി.ഡി/ഇലക്ട്രോണിക് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ മുഖേന മാത്രം നൽകുക.)	₹(Rupeesonly) MODE OF PAYMENT <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Cheque/DD <input type="checkbox"/> NEFT/RTGS <input type="checkbox"/> Net Banking <input type="checkbox"/> UPI Cheque/DD No/ NEFT/RTGS UTR No/Reference No:..... Date..... Bank Branch		
8. കാലാവധി	12 മാസം (കാലാവധി എത്തുന്ന മുറയ്ക്ക് പിൻവലിക്കപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു നിർദ്ദേശമില്ലെങ്കിലും വരെ നിക്ഷേപം ഓരോ വർഷത്തേക്ക് വീതം പുതുക്കി നിക്ഷേപിക്കേണ്ടതാണ്.)		

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ/ മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിനായി മേൽപറഞ്ഞ രീതിയിൽ നിക്ഷേപം നടത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. നിക്ഷേപത്തിന്മേൽ യാതൊരു പലിശയും എനിക്കു നൽകേണ്ടതില്ല എന്നും നിക്ഷേപത്തിന്മേലുള്ള പലിശ മാസ് കെയർ / മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ ഇതേ ബാങ്കിലുള്ള 028001000013 നമ്പർ കറന്റ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് പാദവാർഷികാടിസ്ഥാനത്തിൽ മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണെന്നും ഇതിനാൽ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. മാസ് കെയർ/മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ അപേക്ഷ ഫോറം കെയർ ഫൗണ്ടേഷനിൽ നൽകുന്നതിനായി ഇതോടൊന്നിച്ച് സമർപ്പിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : വിശ്വസ്തതയോടെ,
 തീയതി: നിക്ഷേപകന്റെ പേര് :
ഒപ്പ് :

പദ്ധതിയെക്കുറിച്ച് അറിഞ്ഞത്:

പത്രപരസ്യം ഹോർഡിംഗ് നേരിട്ടുള്ള അറിവ്

..... ആൾ പറഞ്ഞറിഞ്ഞത് മറ്റു വിധേന.....

NOMINATION

FORM DA 1

Nomination under section 45 read with section 56 of the Banking Regulation Act, 1942 2 (1) of the Co-operative Banks (Nomination) Rules, 1985 in respect of the bank deposits

I/We

Name (s) and Address (s)

nominate the following persons to whom in the event of my death the amount of the deposit, in the account, particulars whereof are given below may be returned by Calicut Service Co-operative Bank Ltd..... Branch.

Nature	Distinguish No:	Additional details if any	Name	Address	Relationship with depositor, if any	If nominee is a minor his date of birth

As the nominee is minor on this date, I/We appointed Shri/Smt/ Kum

Name (s) and Address (s)

.....to receive the amount of the depositor on behalf of the nominee in the event of my/our/minor's death during the minority of the nominee

Date :

Signature (s) of depositor (s)

FOR OFFICE USE ONLY

Deposit No : Deposit Amount : Deposit Date :

Ultimate Due Date: Mass Care Mass Care Plus Mass Care Family

Application No. :

BENEFICIARY DETAILS

No.	Name	Unit	Mass ID	Valid upto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Date of Entry:

Entd. by

Verified by



Sl . No.

Deposit No.



MASS CARE SCHEME
MVR Cancer Centre & Research Institute
Chooloor, Kozhikode, Kerala, India
www.mvrcancerhospital.com +91 4952289500

APPLICATION FORM

1. പേര്		Photo
2. കസ്റ്റമർ ഐ.ഡി.നമ്പർ		
3. അഡ്രസ്സ്		
മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ..... ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
4. ഫോൺ നമ്പർ	1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
5. ഇ.മെയിൽ വിലാസം	<input type="text"/>	
6. ജനന തീയതി	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	
	വയസ്സ്: <input type="text" value="Years"/> <input type="text" value="Months"/>	
	ജനന തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖഐ.ഡി.നമ്പർ.....	
8. മാസ്റ്റ് കെയർ നിക്ഷേപ വിവരങ്ങൾ	നിക്ഷേപ നമ്പർ നിക്ഷേപ തീയതി നിക്ഷേപ തുക അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം	

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുവാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. ഇതു സംബന്ധിച്ച് ഈ ഫോമിന്റെ മറുവശത്തായി ചേർത്തിട്ടുള്ള ഉപാധികളും വ്യവസ്ഥകളും വായിച്ച് ബോധ്യപ്പെടുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്ന ഇന്നേ ദിവസം വരെ കാൻസർ സംബന്ധമായ യാതൊരു രോഗങ്ങളും എനിക്കുണ്ടായിട്ടില്ല എന്ന് സത്യവാങ് മൂലം നൽകുന്നു.

വിശ്വസ്തതയോടെ,
സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ പേര്
തീയതി : ഒപ്പ്

FOR OFFICE USE ONLY	
MASS CARE ID <input type="text"/>	Date of Entry <input type="text"/>
Entd. by <input type="text"/>	Verified by <input type="text"/>

നിബന്ധനകൾ

1. കാൻസർ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾ നിലവിലുള്ളവർക്കോ ചികിത്സിച്ച് ഭേദമാക്കപ്പെട്ടവർക്കോ പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായിരിക്കുവാൻ അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
2. 60 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകാത്ത ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരാം. പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്നവർക്ക് 70 വയസ്സ് വരെ സ്കീമിൽ അംഗത്വം തുടർന്നു പോകാം. എന്നാൽ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്ന മുറയ്ക്ക് പദ്ധതിയിൽ അംഗത്വമില്ലാതായി തീരുന്നതാണ്.
3. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 12 മാസത്തിനു ശേഷം 70 വയസ്സിനുള്ളിൽ പുതുതായി കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്ന കാൻസർ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾക്ക് മാത്രമേ ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിക്കുവാൻ അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ. എന്നാൽ 70 വയസ്സിനുള്ളിൽ രോഗം കണ്ടുപിടിക്കുന്ന പക്ഷം പരിധിക്ക് വിധേയമായി തുടർചികിത്സക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നത്.
4. പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേരുന്നവർക്ക് കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗത്തിന് എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്ററിലെ ആശുപത്രി സംബന്ധമായ ബില്ലുകളിൽ പരമാവധി ഒരു യൂണിറ്റ് Rs. 5,00,000 (അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ) വരെയുള്ള സൗജന്യ ചികിത്സക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.
5. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് ഒരു വർഷത്തിനു ശേഷം രോഗം കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്നതു മുതൽ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നത് വരെ യൂണിറ്റൊന്നിന് ആകെ അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ വരെ ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതാണ്. ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബാങ്കിലുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട നിക്ഷേപം കാലാവധി പരിഗണിക്കാതെ തന്നെ പിൻവലിക്കാവുന്നതാണ്.
6. ഒരു വ്യക്തിക്ക് എത്ര യൂണിറ്റുകൾ വേണമെങ്കിലും എടുക്കാവുന്നതും ഒരു യൂണിറ്റിന് നിക്ഷേപം നിലനിൽക്കുന്ന കാലത്തേക്കോ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നതുവരെയോ യൂണിറ്റൊന്നിന് അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ വരെ എന്ന തോതിൽ ചികിത്സാനുകൂല്യത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
7. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നതിനു ശേഷം അതാതു കാലത്തുള്ള നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി അധിക യൂണിറ്റുകൾ എടുക്കാവുന്നതും ഇപ്രകാരമുള്ള അധിക യൂണിറ്റുകൾക്ക് പുതുതായി പദ്ധതിയിൽ ചേരുമ്പോഴുള്ള നിബന്ധനകൾ ബാധകമായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
8. ഒരു വ്യക്തിക്കോ സ്ഥാപനത്തിനോ മറ്റു വ്യക്തികളെ പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കാവുന്നതാണ്. പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിന് മെഡിക്കൽ ചെക്ക് അപ്പ് ആവശ്യമില്ല. എന്നതാണ്. . എന്നാൽ ഇപ്രകാരം ചേർക്കുമ്പോൾ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കപ്പെടുന്നവർക്ക് കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ നിലവിലില്ല എന്നും മുമ്പ് വന്നിട്ടില്ല എന്നും ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് അപേക്ഷയിൽ ഒപ്പ് വെയ്ക്കുന്ന വ്യക്തിയുടേയോ സ്ഥാപനമേധാവിയുടേയോ ഉത്തരവാദിത്വമാണ്.
9. പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് 45 ദിവസത്തിനകം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ മാസ് കെയർ അംഗത്വകാർഡ് നൽകുന്നതാണ്. ചികിത്സാനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി പ്രസ്തുത അംഗത്വ കാർഡ് ഹാജരാക്കേണ്ടതുമാണ്. കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബാങ്കിലുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട സിറ്റി കെയർ നിക്ഷേപം കാലാവധിക്കു മുമ്പ് തിരികെ ലഭിക്കുന്നതിന് നിക്ഷേപ രസീതിയോടൊപ്പം മാസ് കെയർ അംഗത്വകാർഡ് നിർബന്ധമായും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
10. പദ്ധതി സംബന്ധിച്ച പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിക്ക് രേഖാമൂലം സമർപ്പിക്കേണ്ടതും പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ മാസ് കെയർ വിദഗ്ദസമിതി പരിശോധിക്കുന്നതാണ്. പരാതിയിൻമേൽ വിദഗ്ദസമിതി എടുക്കുന്ന തീരുമാനങ്ങൾ അന്തിമമായിരിക്കും.
11. ഈ നിബന്ധനകൾക്ക് വിരുദ്ധമായി പദ്ധതി അംഗങ്ങൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നപക്ഷം നഷ്ടപരിഹാരം നൽകുവാൻ പ്രസ്തുത അംഗങ്ങൾ ഉത്തരവാദികളായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
12. ചികിത്സാ സഹായം ലഭിക്കുന്നതിന് നിക്ഷേപം നടത്തിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി രേഖാമൂലം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
13. മാസ്കെയർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകുന്നതിനായി നിക്ഷേപിക്കുന്ന സ്ഥിര നിക്ഷേപത്തിന്റെ പലിശ ത്രൈമാസികമായി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണ്.
14. ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന സമയം നിലവിലുള്ള കാർസറോ കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങളോ ഉണ്ടായിരുന്നത് ബോധപൂർവ്വം മറച്ചുവെച്ചുകൊണ്ടാണ് പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നിട്ടുള്ളത് എന്ന് ചികിത്സാവേളയിൽ കണ്ടെത്തുകയും പദ്ധതി പ്രകാരം ഏതെങ്കിലും വിധ ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈപ്പറ്റുകയും ചെയ്താൽ പ്രസ്തുത തുക തിരിച്ചു പിടിക്കുന്നതിന് കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും.
15. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 45 ദിവസത്തിനകം നിക്ഷേപരസീതിയും മാസ്കെയർ അംഗത്വ കാർഡും ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രസ്തുത വിവരം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിയെ രേഖാമൂലം secretarycare@mvrccri.co എന്ന ഇ-മെയിൽ വിലാസത്തിലോ നിർബന്ധമായും അറിയിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.
16. ഒരു വർഷത്തിനു മുമ്പ് നിക്ഷേപം അവസാനിപ്പിക്കുന്ന പക്ഷം യൂണിറ്റൊന്നിന് 500 രൂപ പ്രകാരം മാസ്കെയർ അംഗത്വം ക്ലോസിങ്ങ് ചാർജായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷന് നൽകേണ്ടതാണ്.
17. പദ്ധതിയുടെ വ്യവസ്ഥകളിൽ കാലാനുസൃതമായ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുവാൻ കെയർ ഫൗണ്ടേഷന് അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ പേര്

തിയ്യതി : ഒപ്പ്

ഏജന്റിനെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ :

ഏജന്റ് പേര് ഏജന്റ് കോഡ്



**CALICUT CITY
SERVICE CO-OP.
BANK LTD.**
www.calicutcitybank.com

APPN No.:

BRANCH:

CUSTOMER ID:

CUSTOMER DATA FORM

Name of the Customer

Name of the Father / Guardian / Spouse

Relationship with Account holder

Date of Birth Gender: Male Female Amsom :

Marital Status: Single Married Nationality: indian Desom :

Religion (Hindu/Muslim/Christian/Others) if others, specify

Caste: Mention Category : SC ST OBC OEC General

Income Group: APL BPL BPL PROOF SUBMITTED

(a) *Permenent Address :*

(b) *Address for Communication:*

PIN

PIN

Contact Details:

Telephone No.	Mobile No.	Email id:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



SPECIMEN SIGNATURE	
1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

Identity/Address Proof Details:

Documents Submitted	Number / Description
1.	
2.	
3.	
AADHAR No.	PAN No.

Introduced by:

Name & Address	Acc. No./Customer No.	Signature

DECLARATION

I hereby declare that the above particulars furnished by me are true to the best of my knowledge and belief

NAME OF CUSTOMER

SIGN WITH DATE

ATM CARD DETAILS (To be entered by customer)	
CARD No.	
RECEIVED ON :	SIGN:
PIN MAILER RECEIVED ON:	SIGN:
OFFICE PURPOSE ONLY	
Customer No.:	
ID Card No.:	
Verified by:	
Passed by:	Manager:
Date:	Branch:



ഇനി കാൻസറിനെ ഭയക്കേണ്ട
കാൻസർ ചെലവിനേയും ഭയക്കേണ്ട

15,000 രൂപയുടെ ഫിക്സ് ടെ പോസിറ്റീവ്
5 ലക്ഷം* രൂപയുടെ കാൻസർ
ചികിത്സാ പരിരക്ഷ

Account Details for Fund Transfer (NEFT / RTGS)

BENEFICIARY NAME : CALICUT CITY SERVICE CO OP BANK
ACCOUNT NUMBER : 060305001948
IFSC CODE : ICIC0000603
BANK : ICICI BANK
BRANCH : KALLAI ROAD BRANCH
ACCOUNT TYPE : CURRENT ACCOUNT

OR YOU CAN SEND BY CHEQUE / D D IN FAVOR OF

“CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD”

Address For Sending Forms

CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD
HEAD OFFICE , CITY BANK BUILDING
CITY BANK JUNCTION, CHALAPPURAM (PO)
CALICUT-673002 , TEL:9446383311,0495-2703311,2306311
E mail- masscare@calicutcitybank.com

Documents Required:-

Depositor :- 3 aadhar copy and 2 passport size photo
Beneficiary :- 1 aadhar copy and 1 passport size photo

Note:

- If there is no date of birth in documents please attach any other proof for age confirmation
- Also you are requested to send **Rs.16/-** in additional while transferring the deposit amount for "C" class membership purpose



**CALICUT CITY
SERVICE CO-OP
BANK LTD.**

WWW.CALICUTCITYBANK.COM

Ltd. No. D 2777, H.O. Chalappuram, Calicut - 673 302, Kerala, Inida
Tel: 91 495 2306311, www.calicutcitybank.com, E-Mail: info@calicutcitybank.com

Deposit No.



FIXED DEPOSIT

മാസ് കെയർ സ്ഥിരനിക്ഷേപ പദ്ധതി

അപേക്ഷാഫോറം

1. പേര്			
2. കസ്റ്റമർ ഐ.ഡി.നമ്പർ		അംഗത്വ നമ്പർ :	
3. അഡ്രസ്സ്			
	മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ..... ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
4. ഫോൺ നമ്പർ	1.	2.	
5. ഇ.മെയിൽ വിലാസം			
6. ജനന തീയതി	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>		വയസ്സ്: <input type="text" value="Years"/> <input type="text" value="Months"/>
	ജനന തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
7. നിക്ഷേപിക്കുന്ന തുക (നിക്ഷേപ തുക ബാങ്കിൽ നേരിട്ട് നിക്ഷേപിക്കാത്ത പക്ഷം നിക്ഷേപ തുക കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് കോ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ബാങ്കിന്റെ പേരിൽ ക്രോസ് ചെയ്ത ചെക്ക്/ഡി.ഡി/ഇലക്ട്രോണിക് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ മുഖേന മാത്രം നൽകുക.)	₹(Rupeesonly) MODE OF PAYMENT <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Cheque/DD <input type="checkbox"/> NEFT/RTGS <input type="checkbox"/> Net Banking <input type="checkbox"/> UPI Cheque/DD No/ NEFT/RTGS UTR No/Reference No:..... Date..... Bank Branch		
8. കാലാവധി	12 മാസം (കാലാവധി എത്തുന്ന മുറയ്ക്ക് പിൻവലിക്കപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു നിർദ്ദേശമില്ലെങ്കിലും വരെ നിക്ഷേപം ഓരോ വർഷത്തേക്ക് വീതം പുതുക്കി നിക്ഷേപിക്കേണ്ടതാണ്.)		

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ/ മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിനായി മേൽപറഞ്ഞ രീതിയിൽ നിക്ഷേപം നടത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. നിക്ഷേപത്തിന്മേൽ യാതൊരു പലിശയും എനിക്കു നൽകേണ്ടതില്ല എന്നും നിക്ഷേപത്തിന്മേലുള്ള പലിശ മാസ് കെയർ / മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ ഇതേ ബാങ്കിലുള്ള 028001000013 നമ്പർ കറന്റ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് പാദവാർഷികാടിസ്ഥാനത്തിൽ മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണെന്നും ഇതിനാൽ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. മാസ് കെയർ/മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ അപേക്ഷ ഫോറം കെയർ ഫൗണ്ടേഷനിൽ നൽകുന്നതിനായി ഇതോടൊന്നിച്ച് സമർപ്പിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : വിശ്വസ്തതയോടെ,
 തീയതി: നിക്ഷേപകന്റെ പേര് :
ഒപ്പ് :

പദ്ധതിയെക്കുറിച്ച് അറിഞ്ഞത്:

പത്രപരസ്യം ഹോർഡിംഗ് നേരിട്ടുള്ള അറിവ്

..... ആൾ പറഞ്ഞറിഞ്ഞത് മറ്റു വിധേന.....

NOMINATION

FORM DA 1

Nomination under section 45 read with section 56 of the Banking Regulation Act, 1942 2 (1) of the Co-operative Banks (Nomination) Rules, 1985 in respect of the bank deposits

I/We

Name (s) and Address (s)

nominate the following persons to whom in the event of my death the amount of the deposit, in the account, particulars whereof are given below may be returned by Calicut Service Co-operative Bank Ltd.....
.....Branch.

Nature	Distinguish No:	Additional details if any	Name	Address	Relationship with depositor, if any	If nominee is a minor his date of birth

As the nominee is minor on this date, I/We appointed Shri/Smt/ Kum

Name (s) and Address (s)

.....to receive the amount of the depositor on behalf of the nominee in the event of my/our/minor's death during the minority of the nominee

Date :

Signature (s) of depositor (s)

FOR OFFICE USE ONLY

Deposit No : Deposit Amount : Deposit Date :

Ultimate Due Date: Mass Care Mass Care Plus Mass Care Family Application No. :

BENEFICIARY DETAILS

No.	Name	Unit	Mass ID	Valid upto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Date of Entry:

Entd. by

Verified by



കാൻസർ & അലൈഡ് ഏയിൽമെന്റ്സ് റിസേർച്ച് (കെയർ) ഫൗണ്ടേഷൻ
വെള്ളലശ്ശേരി പി.ഒ., ചുവുർ, കോഴിക്കോട്

MASS CARE FAMILY - APPLICATION NO.
DEPOSIT NO.



CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD.
WWW.CALICUTCITYBANK.COM



മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി - അപേക്ഷ ഫോറം

അപേക്ഷകന്റെ പേര് :

മേൽവിലാസം :

മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ : ഐ.ഡി. നമ്പർ :

ഫോൺ നമ്പർ : ഇ-മെയിൽ :

സ്കീമിൽ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന അപേക്ഷകൻ ഉൾപ്പെടെയുള്ള കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ

ക്രമ നമ്പർ	പേര്	അപേക്ഷകനു മായുള്ള ബന്ധം	ജനനത്തീയതി	വയസ്സ്	ഫോട്ടോ
1	a) ആധാർ നമ്പർ	ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO	
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				
2	a) ആധാർ നമ്പർ	ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO	
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				
3	a) ആധാർ നമ്പർ	ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO	
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				

ക്രമ നമ്പർ	പേര്	അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം	ജനനത്തീയതി	വയസ്സ്	ഫോട്ടോ
4	a) ആധാർ നമ്പർ		ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				
5	a) ആധാർ നമ്പർ		ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				
6	a) ആധാർ നമ്പർ		ഫോൺ നമ്പർ :		PHOTO
	b) ജനനത്തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ :				

മാസ്കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി പ്രകാരം അപേക്ഷിക്കുന്ന ആകെ യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :
 (ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേരുന്ന അംഗങ്ങളുടെ എണ്ണത്തിൽ കുറയാൻ പാടില്ല)

മാസ് കെയർ നിക്ഷേപ വിവരങ്ങൾ	
ബാങ്ക്
മാസ് കെയർ നിക്ഷേപ നമ്പർ :	നിക്ഷേപ തീയതി :
നിക്ഷേപ തുക : Rs	(..... രൂപ)

കെയർ ഫാണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ മേൽ പറഞ്ഞതുപ്രകാരമുള്ള എന്റെ കുടുംബാംഗങ്ങളെ ഗുണഭോക്താക്കളാക്കി ചേർക്കുവാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. ഇതു സംബന്ധിച്ച് ഈ ഫോറത്തിന്റെ മറുവശത്തായി ചേർത്തിട്ടുള്ള ഉപാധികളും വ്യവസ്ഥകളും വായിച്ച് ബോധ്യപ്പെടുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അപേക്ഷയിൽ ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേർത്തിട്ടുള്ള യാതൊരാൾക്കും കാൻസറോ കാൻസർ സംബന്ധമായ മറ്റ് അസുഖങ്ങളോ ഇന്നേ ദിവസം വരെ വന്നിട്ടില്ല എന്ന് സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നു.

സ്ഥലം
തീയതി

വിശ്വസ്തതയോടെ,
അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
ഒപ്പ് :

നിബന്ധനകൾ

1. കാൻസറോ അനുബന്ധമായ അസുഖങ്ങളോ നിലവിലുള്ളവർക്കോ ചികിത്സിച്ച് ഭേദമാക്കപ്പെട്ടവർക്കോ പദ്ധതിയിൽ നേരിട്ടോ ഗുണഭോക്താക്കളായോ അംഗങ്ങളാകുവാൻ അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
2. 60 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകാത്ത ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും മാസ്കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ അംഗമാവുകയും 60 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകാത്ത കുടുംബാംഗങ്ങളെ ഗുണഭോക്താക്കളായി നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യാം. കുടുംബാംഗങ്ങൾ എന്നാൽ ഭാര്യ/ഭർത്താവ്, മാതാവ്, പിതാവ്, ആശ്രിതരായ മക്കൾ (പുനർ വിവാഹത്തിൽ ഭാര്യയുടെ / ഭർത്താവിന്റെ കുട്ടികൾ ഉൾപ്പെടെ) ആശ്രിതരായ സഹോദരങ്ങൾ എന്നിവരായിരിക്കും.
3. പദ്ധതിയിൽ ഗുണഭോക്താവായി ചേരുന്ന അംഗത്തിന് 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നതുവരെ സ്കീമിൽ അംഗത്വം തുടർന്നു പോകാം. എന്നാൽ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്ന മുറയ്ക്ക് പ്രസ്തുത വ്യക്തി പദ്ധതിയിൽ അംഗമല്ലാതായി തീരുന്നതാണ്.
4. മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി പ്രകാരം ഒരു വ്യക്തിക്ക് ഒരേസമയം രണ്ട് ഫാമിലി യൂണിറ്റ് പ്രകാരമുള്ള ചികിത്സാനുകൂല്യത്തിന് അർഹത ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന കുടുംബാംഗങ്ങൾ പിന്നീട് വിവാഹശേഷമോ മറ്റേതെങ്കിലും സാഹചര്യത്തിലോ വേറൊരു മാസ് കെയർ ഫാമിലി യൂണിറ്റിലെ ഗുണഭോക്താവായി ചേർന്നാൽ, ഇപ്രകാരം ചേർന്ന് ഒരു വർഷം കഴിഞ്ഞാൽ ആദ്യത്തെ മാസ് കെയർ ഫാമിലി അംഗത്വപ്രകാരമുള്ള ആനുകൂല്യങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
5. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 12 മാസത്തിനു ശേഷം 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നതുവരെയുള്ള കാലയളവിൽ പുതുതായി കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്ന കാൻസർ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾക്ക് മാത്രമേ ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിക്കുകയുള്ളൂ.
6. മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി പ്രകാരം ചേർന്നിട്ടുള്ള ആകെ യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണത്തിനു യൂണിറ്റോന്നിന് അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ പ്രകാരമുള്ള ആകെ തുക പ്രസ്തുത കുടുംബത്തിലെ ഗുണഭോക്താവായി ചേർന്നിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലുമൊരാൾക്കു വേണ്ടിയോ ഒന്നിൽ കൂടുതൽ അംഗങ്ങൾക്ക് വേണ്ടിയോ വിനിയോഗിക്കുന്നതിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ചികിത്സാ സഹായം ലഭിക്കുന്നതിന് നിക്ഷേപം നടത്തിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി രേഖാമൂലം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
7. മാസ്കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ ഏതെങ്കിലുമൊരു ഗുണഭോക്താവിന് 70 വയസ്സ് തികയുകയോ, പദ്ധതി പ്രകാരം വേറൊരു ഫാമിലി യൂണിറ്റിൽ അംഗമാവുകയോ, മറ്റേതെങ്കിലും കാരണവശാൽ പദ്ധതി പ്രകാരം അർഹതയില്ലാതാവുകയോ ചെയ്താൽ പ്രസ്തുത യൂണിറ്റ് നിക്ഷേപം പിൻവലിക്കുകയോ യൂണിറ്റിന്റെ ആനുകൂല്യം സ്കീം നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി മറ്റ് ഗുണഭോക്താക്കൾക്ക് നൽകുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്യാവുന്നതാണ്. ഇതിനായി നിക്ഷേപകൻ രേഖാമൂലം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
8. മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിക്കായി നിക്ഷേപം നടത്തിയ വ്യക്തി മരണപ്പെട്ടാൽ പ്രസ്തുത നിക്ഷേപത്തിന് നോമിനിയായി നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ള ഗുണഭോക്താവിന്റെ രേഖാമൂലമുള്ള അപേക്ഷയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പദ്ധതി തുടർന്ന് പോകാവുന്നതാണ്.
9. നിലവിൽ മാസ്കെയർ/ മാസ്കെയർ പ്ലസ് പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേർന്നവർക്ക് അധിക നിക്ഷേപതുക അടവാക്കിക്കൊണ്ട് മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരാം. എന്നാൽ മാസ്കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിന് ഇപ്രകാരം സ്കീം മാറ്റിയതിന് ശേഷം ഒരു വർഷം കാലവധി പൂർത്തിയാകേണ്ടതാണ്. അതുവരെ പഴയ സ്കീം പ്രകാരമുള്ള ആനുകൂല്യങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.
10. ഗുണഭോക്താവായി ചേർന്നിട്ടില്ലാത്ത കുടുംബാംഗങ്ങൾക്ക് ചികിത്സാനുകൂല്യത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
11. പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേരുന്നവർക്ക് കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗത്തിന് എം.വി.ആർ, കാൻസർ സെന്ററിലെ ആശുപത്രി സംബന്ധമായ ബില്ലുകൾ പ്രകാരമുള്ള തുകക്കായിരിക്കും സൗജന്യ ചികിത്സക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നത്.
12. അതാതു കാലത്തുള്ള നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി പദ്ധതിയിൽ നിലവിലുള്ള ഗുണഭോക്താക്കളെ നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനും പുതിയതായി ഗുണഭോക്താക്കളെ ചേർക്കുന്നതിനും സൗകര്യമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. എന്നാൽ പുതുതായി ഗുണഭോക്താക്കളെ ചേർക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ പ്രസ്തുത അംഗത്തിന് പദ്ധതിയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാകുന്നതിന് പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് ഒരു വർഷം പൂർത്തിയാക്കേണ്ടതാണ്. ഇത്തരത്തിൽ അംഗങ്ങളെ ചേർക്കുമ്പോഴും പുതിയ യൂണിറ്റുകൾ എടുക്കുമ്പോഴും കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കാൻ പാടില്ല. പുതുതായി ചേർന്ന യൂണിറ്റിന്റെ ആനുകൂല്യം കുടുംബത്തിനു ലഭിക്കാൻ യൂണിറ്റ് ചേർന്ന് ഒരു വർഷം കാലാവധി പൂർത്തീകരിക്കേണ്ടതാണ്.

13. ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ ബന്ധപ്പെട്ട മാസ് കെയർ സ്ഥിര നിക്ഷേപം കാലാവധി പരിഗണിക്കാതെ പിൻവലിക്കാവുന്നതാണ്.
 14. മാസ് കെയർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകുന്നതിനായി നിക്ഷേപിക്കുന്ന സ്ഥിര നിക്ഷേപത്തിന്റെ പലിശ ത്രൈമാസികമായി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണ്.
 15. പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിന് മെഡിക്കൽ ചെക്ക് അപ്പ് ആവശ്യമില്ല. എന്നാൽ നിലവിൽ കാൻസർ രോഗബാധിതനല്ല എന്നും മുമ്പ് രോഗം വന്നിട്ടില്ല എന്നും സത്യപ്രസ്താവന ഒപ്പിട്ടു നൽകേണ്ടതാണ്. കുടുംബാംഗങ്ങളെ ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേർക്കുമ്പോൾ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കപ്പെടുന്നവർക്കുവേണ്ടി അപേക്ഷകൻ ഇപ്രകാരം സത്യപ്രസ്താവന നൽകേണ്ടതാണ്. ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന സമയം നിലവിലുള്ള കാൻസറോ കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങളോ ഉണ്ടായിരുന്നത് ബോധപൂർവ്വം മറച്ചുവെച്ചുകൊണ്ടാണ് പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നിട്ടുള്ളത് എന്ന് ചികിത്സാവേളയിൽ കണ്ടെത്തുകയും പദ്ധതിപ്രകാരം ഏതെങ്കിലും വിധ ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈപ്പറ്റുകയും ചെയ്താൽ പ്രസ്തുത തുക തിരിച്ചു പിടിക്കുന്നതിന് കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ എം.വി.ആർ കാൻസർ സെന്റർ മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും.
 16. ചികിത്സ ആവശ്യമായി വരുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ മാസ് കെയർ അംഗത്വ കാർഡ് നിർബന്ധമായും ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. കുടുംബ മാസ് കെയർ നിക്ഷേപം പിൻവലിക്കുന്നതിനായി മാസ് കെയർ അംഗത്വ കാർഡ് നിക്ഷേപ രസീതിയോടൊപ്പം മടക്കി നൽകേണ്ടതാണ്.
 17. പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് 45 ദിവസത്തിനകം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ അംഗത്വ കാർഡ് നൽകുന്നതും ചികിത്സാനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാകുന്നതിനായി പ്രസ്തുത അംഗത്വകാർഡ് ഹാജരാക്കേണ്ടതുമാണ്. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 45 ദിവസത്തിനകം നിക്ഷേപ രസീതിയും മാസ് കെയർ അംഗത്വകാർഡും ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രസ്തുത വിവരം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിയെ കത്ത് മുഖേനയോ secretarycare@mvrccri.co എന്ന ഇ-മെയിൽ വിലാസത്തിലോ നിർബന്ധമായും അറിയിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.
 18. ഒരു വർഷത്തിനു മുമ്പ് നിക്ഷേപം അവസാനിപ്പിക്കുന്ന പക്ഷം യൂണിറ്റൊന്നിന് 500 രൂപ പ്രകാരം മാസ്കെയർ അംഗത്വം ക്ലോസിങ്ങ് ചാർജായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷനു നൽകേണ്ടതാണ്.
 19. പദ്ധതി സംബന്ധിച്ച പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിക്ക് രേഖാമൂലം സമർപ്പിക്കേണ്ടതും പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ മാസ് കെയർ വിദഗ്ധ സമിതി പരിശോധിക്കുന്നതും പരാതിയിൻമേൽ കമ്മിറ്റിയുടെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
 20. പദ്ധതിയുടെ വ്യവസ്ഥകളിൽ കാലാനുസൃതമായ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുവാൻ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.
- മാസ്കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതി സംബന്ധിച്ച എല്ലാ നിബന്ധനകളും വായിച്ച് ബോധ്യപ്പെടുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ പേര്,
ഒപ്പ്

Ref. Code :	Ref. Name :
-------------	-------------

Ref. Seal / Sign

FOR OFFICE USE ONLY

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">MASS CARE APPLICATION NO.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MASS CARE DEPOSIT NO.</td> </tr> </table>	MASS CARE APPLICATION NO.	MASS CARE DEPOSIT NO.	Deposit Details Verified For Calicut City Service Co-operative Bank Authorised Signatory (Sd/-)
MASS CARE APPLICATION NO.			
MASS CARE DEPOSIT NO.			

CARE FOUNDATION - MVR CANCER CENTRE & RESEARCH INSTITUTE

Name			
MASS CARE FAMILY ID		Valid from	
		To	
Entered by:	Verified by:	Authorised Signatory :	



ഇനി കാൻസറിനെ ഭയക്കേണ്ട
കാൻസർ ചെലവിനേയും ഭയക്കേണ്ട

15,000 രൂപയുടെ ഫിക്സ് ടെ പോസിറ്റീവ്
5 ലക്ഷം* രൂപയുടെ കാൻസർ
ചികിത്സാ പരിരക്ഷ

Account Details for Fund Transfer (NEFT / RTGS)

BENEFICIARY NAME : CALICUT CITY SERVICE CO OP BANK
ACCOUNT NUMBER : 060305001948
IFSC CODE : ICIC0000603
BANK : ICICI BANK
BRANCH : KALLAI ROAD BRANCH
ACCOUNT TYPE : CURRENT ACCOUNT

OR YOU CAN SEND BY CHEQUE / D D IN FAVOR OF

“CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD”

Address For Sending Forms

CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD
HEAD OFFICE , CITY BANK BUILDING
CITY BANK JUNCTION, CHALAPPURAM (PO)
CALICUT-673002 , TEL:9446383311,0495-2703311,2306311
E mail- masscare@calicutcitybank.com

Documents Required:-

Depositor :- 3 aadhar copy and 2 passport size photo
Beneficiary :- 1 aadhar copy and 1 passport size photo

Note:

- If there is no date of birth in documents please attach any other proof for age confirmation
- Also you are requested to send **Rs.16/-** in additional while transferring the deposit amount for "C" class membership purpose



**CALICUT CITY
SERVICE CO-OP
BANK LTD.**

WWW.CALICUTCITYBANK.COM

Ltd. No. D 2777, H.O. Chalappuram, Calicut - 673 302, Kerala, Inida
Tel: 91 495 2306311, www.calicutcitybank.com, E-Mail: info@calicutcitybank.com

Deposit No.



FIXED DEPOSIT

മാസ് കെയർ സ്ഥിരനിക്ഷേപ പദ്ധതി

അപേക്ഷാഫോറം

1. പേര്			
2. കസ്റ്റമർ ഐ.ഡി.നമ്പർ		അംഗത്വ നമ്പർ :	
3. അഡ്രസ്സ്			
	മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ..... ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
4. ഫോൺ നമ്പർ	1.	2.	
5. ഇ.മെയിൽ വിലാസം			
6. ജനന തീയതി	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>		വയസ്സ്: <input type="text" value="Years"/> <input type="text" value="Months"/>
	ജനന തീയതി തെളിയിക്കുന്ന രേഖ ഐ.ഡി.നമ്പർ.....		
7. നിക്ഷേപിക്കുന്ന തുക (നിക്ഷേപ തുക ബാങ്കിൽ നേരിട്ട് നിക്ഷേപിക്കാത്ത പക്ഷം നിക്ഷേപ തുക കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് കോ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ബാങ്കിന്റെ പേരിൽ ക്രോസ് ചെയ്ത ചെക്ക്/ഡി.ഡി/ഇലക്ട്രോണിക് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ മുഖേന മാത്രം നൽകുക.)	₹(Rupeesonly) MODE OF PAYMENT <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Cheque/DD <input type="checkbox"/> NEFT/RTGS <input type="checkbox"/> Net Banking <input type="checkbox"/> UPI Cheque/DD No/ NEFT/RTGS UTR No/Reference No:..... Date..... Bank Branch		
8. കാലാവധി	12 മാസം (കാലാവധി എത്തുന്ന മുറയ്ക്ക് പിൻവലിക്കപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു നിർദ്ദേശമില്ലെങ്കിലും വരെ നിക്ഷേപം ഓരോ വർഷത്തേക്ക് വീതം പുതുക്കി നിക്ഷേപിക്കേണ്ടതാണ്.)		

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ/ മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിനായി മേൽപറഞ്ഞ രീതിയിൽ നിക്ഷേപം നടത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. നിക്ഷേപത്തിന്മേൽ യാതൊരു പലിശയും എനിക്കു നൽകേണ്ടതില്ല എന്നും നിക്ഷേപത്തിന്മേലുള്ള പലിശ മാസ് കെയർ / മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ ഇതേ ബാങ്കിലുള്ള 028001000013 നമ്പർ കറന്റ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് പാദവാർഷികാടിസ്ഥാനത്തിൽ മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണെന്നും ഇതിനാൽ നിർദ്ദേശിക്കുന്നു. മാസ് കെയർ/മാസ് കെയർ പ്ലസ്/മാസ് കെയർ ഫാമിലി പദ്ധതിയുടെ അപേക്ഷ ഫോറം കെയർ ഫൗണ്ടേഷനിൽ നൽകുന്നതിനായി ഇതോടൊന്നിച്ച് സമർപ്പിക്കുന്നു.

സ്ഥലം : വിശ്വസ്തതയോടെ,
 തീയതി: നിക്ഷേപകന്റെ പേര് :
ഒപ്പ് :

പദ്ധതിയെക്കുറിച്ച് അറിഞ്ഞത്:

പത്രപരസ്യം ഹോർഡിംഗ് നേരിട്ടുള്ള അറിവ്

..... ആൾ പറഞ്ഞറിഞ്ഞത് മറ്റു വിധേന.....

NOMINATION

FORM DA 1

Nomination under section 45 read with section 56 of the Banking Regulation Act, 1942 2 (1) of the Co-operative Banks (Nomination) Rules, 1985 in respect of the bank deposits

I/We

Name (s) and Address (s)

nominate the following persons to whom in the event of my death the amount of the deposit, in the account, particulars whereof are given below may be returned by Calicut Service Co-operative Bank Ltd.....Branch.

Nature	Distinguish No:	Additional details if any	Name	Address	Relationship with depositor, if any	If nominee is a minor his date of birth

As the nominee is minor on this date, I/We appointed Shri/Smt/ Kum

Name (s) and Address (s)

.....to receive the amount of the depositor on behalf of the nominee in the event of my/our/minor's death during the minority of the nominee

Date :

Signature (s) of depositor (s)

FOR OFFICE USE ONLY

Deposit No : Deposit Amount : Deposit Date :

Ultimate Due Date: Mass Care Mass Care Plus Mass Care Family Application No. :

BENEFICIARY DETAILS

No.	Name	Unit	Mass ID	Valid upto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Date of Entry:

Entd. by

Verified by



CANCER & ALLIED AILMENTS RESEARCH FOUNDATION
 Regn No: S.273/2011. (Regd. Under Societies Registration Act – XXI of 1860)
 Regd. Office: Chooloor, Kozhikode, Kerala 673 601
 Tel: + 91 495 2289500, e-mail: contactus@carecalicut.org, www.carecalicut.org



**കാൻസർ & അലൈഡ് എയിൽമെന്റ്സ് റിസേർച്ച് (കെയർ) ഫൗണ്ടേഷൻ
 മാസ് കെയർ പ്ലസ് പദ്ധതി - അപേക്ഷ ഫോറം**

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ പ്ലസ് പദ്ധതിയിൽ ചുവടെ ചേർക്കുന്ന വ്യക്തികളെ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കുവാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

Sl. No.

1. പേര് :
 2. അഡ്രസ്സ് :

1

3. ഫോൺ നമ്പർ :
 4. ജനനത്തീയതി :
 5. ആധാർ നമ്പർ :
 അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
 2. അഡ്രസ്സ് :

2

3. ഫോൺ നമ്പർ :
 4. ജനനത്തീയതി :
 5. ആധാർ നമ്പർ :
 അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
 2. അഡ്രസ്സ് :

3

3. ഫോൺ നമ്പർ :
 4. ജനനത്തീയതി :
 5. ആധാർ നമ്പർ :
 അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
 2. അഡ്രസ്സ് :

4

3. ഫോൺ നമ്പർ :
 4. ജനനത്തീയതി :
 5. ആധാർ നമ്പർ :
 അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

Registered as a Public Charitable Trust u/s 12AA(1)(B)(i) of the Income Tax Act 1961 with no. AABAC1051D/09/14-15/T-0130 and file no. CIT(E)/CHN/12A/198/2014-15 dtd. 14.07.2015

Donations exempted u/s 80G(5)(vi) of the income tax act, 1961 with no. AABAC1051D/09/15-16/S-0009/80G with File No. CIT(E)/CHN/80G/34/2015-16dtd. 10.02.2016

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

5

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

6

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

7

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

8

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

9

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

1. പേര് :
2. അഡ്രസ്സ് :

10

3. ഫോൺ നമ്പർ :
4. ജനനതിയതി :
5. ആധാർ നമ്പർ :
അപേക്ഷിക്കുന്ന യൂണിറ്റുകളുടെ എണ്ണം :

ഫോട്ടോ

മാസ് കെയർ പ്ലസ് പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്നതിനായി കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബാങ്കിൽ നടത്തിയിട്ടുള്ള സിറ്റി കെയർ നിക്ഷേപത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

നിക്ഷേപ നമ്പർ [] നിക്ഷേപ തുക [] നിക്ഷേപ തീയതി []

കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ കീഴിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ & റിസേർച്ച് ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ സൗജന്യ കാൻസർ ചികിത്സയ്ക്കായി ആരംഭിച്ചിട്ടുള്ള മാസ് കെയർ പ്ലസ് പദ്ധതിയിൽ മേൽ പറഞ്ഞ വ്യക്തികളെ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. ഇതു സംബന്ധിച്ച് ഈ ഫോമിന്റെ മറുവശത്തായി ചേർത്തിട്ടുള്ള ഉപാധികളും വ്യവസ്ഥകളും വായിച്ച് ബോധ്യപ്പെടുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്ന ഇനേ ദിവസം വരെ മേൽ പറഞ്ഞ വ്യക്തികൾക്കാർക്കും കാൻസർ സംബന്ധമായ യാതൊരു രോഗങ്ങളും ഇല്ല എന്ന് സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നു.

വിശ്വസ്തതയോടെ,
അപേക്ഷകന്റെ പേര്
ഒപ്പ്

സ്ഥലം :
തീയതി :

FOR OFFICE USE ONLY

Sl No	Name	Date of Birth	MASS CARE ID	Valid From	Valid To

Entd by [] Verified by []

നിബന്ധനകൾ

1. കാൻസർ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾ നിലവിലുള്ളവർക്കോ ചികിത്സിച്ച് ഭേദമാക്കപ്പെട്ടവർക്കോ പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായിരിക്കുവാൻ അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
2. 60 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകാത്ത ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരാം. പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്നവർക്ക് 70 വയസ്സ് വരെ സ്കീമിൽ അംഗത്വം തുടർന്നു പോകാം. എന്നാൽ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്ന മുറയ്ക്ക് പദ്ധതിയിൽ അംഗത്വമില്ലാതായി തീരുന്നതാണ്.
3. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 12 മാസത്തിനു ശേഷം 70 വയസ്സിനുള്ളിൽ പുതുതായി കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്ന കാൻസർ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾക്ക് മാത്രമേ ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിക്കുവാൻ അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുകയുള്ളൂ. എന്നാൽ 70 വയസ്സിനുള്ളിൽ രോഗം കണ്ടുപിടിക്കുന്ന പക്ഷം പരിധിക്ക് വിധേയമായി തുടർചികിത്സക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നത്.
4. പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേരുന്നവർക്ക് കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗത്തിന് എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്ററിലെ ആശുപത്രി സംബന്ധമായ ബില്ലുകളിൽ പരമാവധി ഒരു യൂണിറ്റ് Rs. 5,00,000 (അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ) വരെയുള്ള സൗജന്യ ചികിത്സക്ക് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.
5. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് ഒരു വർഷത്തിനു ശേഷം രോഗം കണ്ടുപിടിക്കപ്പെടുന്നതു മുതൽ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നത് വരെ യൂണിറ്റൊന്നിന് ആകെ അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ വരെ ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതാണ്. ചികിത്സാനുകൂല്യം ലഭിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബാങ്കിലുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട നിക്ഷേപം കാലാവധി പരിഗണിക്കാതെ തന്നെ പിൻവലിക്കാവുന്നതാണ്.
6. ഒരു വ്യക്തിക്ക് എത്ര യൂണിറ്റുകൾ വേണമെങ്കിലും എടുക്കാവുന്നതും ഒരു യൂണിറ്റിന് നിക്ഷേപം നിലനിൽക്കുന്ന കാലത്തേക്കോ 70 വയസ്സ് പൂർത്തിയാകുന്നതുവരെയോ യൂണിറ്റൊന്നിന് അഞ്ച് ലക്ഷം രൂപ വരെ എന്ന തോതിൽ ചികിത്സാനുകൂല്യത്തിന് അർഹതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
7. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നതിനു ശേഷം അതാതു കാലത്തുള്ള നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി അധിക യൂണിറ്റുകൾ എടുക്കാവുന്നതും ഇപ്രകാരമുള്ള അധിക യൂണിറ്റുകൾക്ക് പുതുതായി പദ്ധതിയിൽ ചേരുമ്പോഴുള്ള നിബന്ധനകൾ ബാധകമായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
8. ഒരു വ്യക്തിക്കോ സ്ഥാപനത്തിനോ മറ്റു വ്യക്തികളെ പദ്ധതിയിൽ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കാവുന്നതാണ്. പദ്ധതിയിൽ അംഗമായി ചേരുന്നതിന് മെഡിക്കൽ ചെക്ക് അപ്പ് ആവശ്യമില്ല. എന്നതാണ്. . എന്നാൽ ഇപ്രകാരം ചേർക്കുമ്പോൾ അംഗങ്ങളായി ചേർക്കപ്പെടുന്നവർക്ക് കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ നിലവിലില്ല എന്നും മുമ്പ് വന്നിട്ടില്ല എന്നും ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് അപേക്ഷയിൽ ഒപ്പ് വെയ്ക്കുന്ന വ്യക്തിയുടേയോ സ്ഥാപനമേധാവിയുടേയോ ഉത്തരവാദിത്വമാണ്.
9. പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് 45 ദിവസത്തിനകം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ മാസ് കെയർ അംഗത്വകാർഡ് നൽകുന്നതാണ്. ചികിത്സാനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി പ്രസ്തുത അംഗത്വ കാർഡ് ഹാജരാക്കേണ്ടതുമാണ്. കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബാങ്കിലുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട സിറ്റി കെയർ നിക്ഷേപം കാലാവധിക്കു മുമ്പ് തിരികെ ലഭിക്കുന്നതിന് നിക്ഷേപ രസീതിയോടൊപ്പം മാസ് കെയർ അംഗത്വകാർഡ് നിർബന്ധമായും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
10. പദ്ധതി സാമ്പന്ധിച്ച പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിയുടെ റേഖാമൂലം സമർപ്പിക്കേണ്ടതും പരാതികൾ കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ മാസ് കെയർ വിദഗ്ദസമിതി പരിശോധിക്കുന്നതാണ്. പരാതിയിൻമേൽ വിദഗ്ദസമിതി എടുക്കുന്ന തീരുമാനങ്ങൾ അന്തിമമായിരിക്കും.
11. ഈ നിബന്ധനകൾക്ക് വിരുദ്ധമായി പദ്ധതി അംഗങ്ങൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നപക്ഷം നഷ്ടപരിഹാരം നൽകുവാൻ പ്രസ്തുത അംഗങ്ങൾ ഉത്തരവാദികളായിരിക്കുന്നതുമാണ്.
12. ചികിത്സാ സഹായം ലഭിക്കുന്നതിന് നിക്ഷേപം നടത്തിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി രേഖാമൂലം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
13. മാസ്കെയർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകുന്നതിനായി നിക്ഷേപിക്കുന്ന സ്ഥിര നിക്ഷേപത്തിന്റെ പലിശ ത്രൈമാസികമായി പദ്ധതിയുടെ നടത്തിപ്പിനായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷന്റെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് മാറ്റി നൽകേണ്ടതാണ്.
14. ഗുണഭോക്താക്കളായി ചേരുന്ന അംഗങ്ങൾക്ക് പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്ന സമയം നിലവിലുള്ള കാർസറോ കാൻസർ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങളോ ഉണ്ടായിരുന്നത് ബോധപൂർവ്വം മറച്ചുവെച്ചുകൊണ്ടാണ് പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നിട്ടുള്ളത് എന്ന് ചികിത്സാവേളയിൽ കണ്ടെത്തുകയും പദ്ധതി പ്രകാരം ഏതെങ്കിലും വിധ ആനുകൂല്യങ്ങൾ കൈപ്പറ്റുകയും ചെയ്താൽ പ്രസ്തുത തുക തിരിച്ചു പിടിക്കുന്നതിന് കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. ഇക്കാര്യത്തിൽ എം.വി.ആർ. കാൻസർ സെന്റർ മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും.
15. പദ്ധതിയിൽ ചേർന്ന് 45 ദിവസത്തിനകം നിക്ഷേപരസീതിയും മാസ്കെയർ അംഗത്വ കാർഡും ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രസ്തുത വിവരം കെയർ ഫൗണ്ടേഷൻ സെക്രട്ടറിയെ രേഖാമൂലം secretarycare@mvrceri.co എന്ന ഇ-മെയിൽ വിലാസത്തിലോ നിർബന്ധമായും അറിയിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.
16. ഒരു വർഷത്തിനു മുമ്പ് നിക്ഷേപം അവസാനിപ്പിക്കുന്ന പക്ഷം യൂണിറ്റൊന്നിന് 500 രൂപ പ്രകാരം മാസ്കെയർ അംഗത്വം ക്ലോസിങ്ങ് ചാർജായി കെയർ ഫൗണ്ടേഷന് നൽകേണ്ടതാണ്.
17. പദ്ധതിയുടെ വ്യവസ്ഥകളിൽ കാലാനുസൃതമായ മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുവാൻ കെയർ ഫൗണ്ടേഷന് അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.

സ്ഥലം : അപേക്ഷകന്റെ പേര്

തീയതി : ഒപ്പ്

ഏജൻ്റിനെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ :

ഏജൻ്റ് പേര് ഏജൻ്റ് കോഡ്



**CALICUT CITY
SERVICE CO-OP.
BANK LTD.**
www.calicutcitybank.com

APPN No.:

BRANCH:

CUSTOMER ID:

CUSTOMER DATA FORM

Name of the Customer

Name of the Father / Guardian / Spouse

Relationship with Account holder

Date of Birth

Gender: Male

Female

Amsom :

Marital Status: Single

Married

Nationality: indian

Desom :

Religion (Hindu/Muslim/Christian/Others)

if others, specify

Caste:

Mention Category : SC

ST

OBC

OEC

General

Income Group: APL

BPL

BPL PROOF SUBMITTED

(a) *Permenent Address :*

(b) *Address for Communication:*

PIN

PIN

Contact Details:

Telephone No.	Mobile No.	Email id:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PHOTO

SPECIMEN SIGNATURE

1.

2.

3.

Identity/Address Proof Details:

Documents Submitted	Number / Description
1.	
2.	
3.	
AADHAR No.	PAN No.

Introduced by:

Name & Address	Acc. No./Customer No.	Signature

DECLARATION

I hereby declare that the above particulars furnished by me are true to the best of my knowledge and belief

NAME OF CUSTOMER

SIGN WITH DATE

ATM CARD DETAILS (To be entered by customer)	
CARD No.	
RECEIVED ON :	SIGN:
PIN MAILER RECEIVED ON:	SIGN:
OFFICE PURPOSE ONLY	
Customer No.:	
ID Card No.:	
Verified by:	
Passed by:	Manager:
Date:	Branch:



കാലിക്കറ്റ് സിറ്റി സർവ്വീസ് സഹകരണ ബേങ്ക് ലിമിറ്റഡ്, നമ്പർ ഡി. 2777

ഹെഡ് ഓഫീസ് : ചാലപ്പുറം, കോഴിക്കോട്, ഫോൺ : 2306311, 2703311

‘സി’ ക്ലാസ് ഓഹരിക്കുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം

1. പേരും മുഴുവൻ മേൽവിലാസവും	
2. ഫോൺ നമ്പർ	
3. അച്ഛന്റെ / അമ്മയുടെ / ഭർത്താവിന്റെ പേര്	
4. അംശവും ദേശവും (വാസസ്ഥലം)	
5. വാർഡ് നമ്പറും വീട്ടുനമ്പറും	
6. വയസ്സ് - ജനനത്തീയതി	
7. പ്രവൃത്തിയും പ്രവൃത്തിയെടുക്കുന്ന സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേരും മുഴുവൻ മേൽവിലാസവും	
8. പട്ടികജാതി/പട്ടികവർഗ്ഗത്തിൽപ്പെടുന്ന ആളാണോ?	
9. മാസാന്ത വരുമാനം	
10. 1. ഓഹരിയുടെ വില 2. പ്രവേശന ഫീസ്	
11. അറിവുസാക്ഷിയുടെ പേരും, ഒപ്പും (അറിവുസാക്ഷി ഈ ബേങ്കിന്റെ ഒരു ഡയറക്ടർ, മെമ്പർ, അക്കൗണ്ട് ഹോൾഡർ, ജീവനക്കാരൻ/ കലക്ഷൻ ഏജന്റ്, ആയിരിക്കണം)	
12. അവകാശിയുടെ പേര്	
13. അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം	
14. അപേക്ഷകന്റെ സ്വപ്നസിമെൻ്റ് സിഗ്നേച്ചർ	1) 2) 3)

നോട്ട്:- അപേക്ഷകന്റെ വാസസ്ഥലത്തിന് വല്ല മാറ്റവും ഉണ്ടാകുമ്പോൾ വിവരം ജനറൽ മാനേജറെ രേഖാമൂലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പും, പൂർണ്ണ മേൽവിലാസവും ഉണ്ടായിരിക്കണം.

തിയ്യതി :

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

For Office Use

M. No. :

Date :

Clerk

Asst.General Manager

General Manager



ഇനി കാൻസറിനെ ഭയക്കേണ്ട
കാൻസർ ചെലവിനേയും ഭയക്കേണ്ട

15,000 രൂപയുടെ ഫിക്സ് ഡെപോസിറ്റിലൂടെ
5 ലക്ഷം* രൂപയുടെ കാൻസർ
ചികിത്സാപരിരക്ഷ

Account Details for Fund Transfer (NEFT / RTGS)

BENEFICIARY NAME : CALICUT CITY SERVICE CO OP BANK
ACCOUNT NUMBER : 060305001948
IFSC CODE : ICIC0000603
BANK : ICICI BANK
BRANCH : KALLAI ROAD BRANCH
ACCOUNT TYPE : CURRENT ACCOUNT

OR YOU CAN SEND BY CHEQUE / D D IN FAVOR OF

“CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD”

Address For Sending Forms

CALICUT CITY SERVICE CO-OP BANK LTD
HEAD OFFICE , CITY BANK BUILDING
CITY BANK JUNCTION, CHALAPPURAM (PO)
CALICUT-673002 , TEL:9446383311,0495-2703311,2306311
E mail- masscare@calicutcitybank.com

Documents Required:-

Depositor :- 3 aadhar copy and 2 passport size photo
Beneficiary :- 1 aadhar copy and 1 passport size photo

Note:

- If there is no date of birth in documents please attach any other proof for age confirmation
- Also you are requested to send **Rs.16/-** in additional while transferring the deposit amount for "C" class membership purpose