शैक्षिक समाचार राजस्थान

National Pension System (NPS)

Withdrawal of Accumulated Pension Wealth by Claimant due to the death of the subscriber

(Please fill all the details in CAPITAL LETTERS & in BLACK INK only.)

This application should be filled by:-

If a valid nomination subsists:By the Nominee (s), if the nominee (s) is/are minor (s) guardian of the minor(s)

If no nomination subsists: By the family members (family includes posthumous child if any) except major sons and married daughters whose husbands are live, of the deceased family member duly supported by a list of surviving family members furnished by Executive Magistrate indicating complete particulars such as name, relationship with the deceased member (in case of parents whether dependent or not) age, marital status. Also, if any family member is minor by the guardian of the minor.

If both 1 & 2 above are not applicable, By legal heir (s) duly supported by a 'legal heir certificate' from the appropriate sate authority.

In case of multiple claimants, separate forms need to be filled and submitted.

(FOR OFFICE PURPOSE ONLY-NOT TO BE FILLED IN BY THE CLAIMANTS)

Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Acknowledgement Number : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(DD/MM/YYYY) (Generated by CRA)

DDO Registration No.:_____ PAO/DTO/POP/POP-SP Registration No.:_____

Receipt Number issued by receiving office: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Entered By: _____ Date: _____ Verified By: _____ Date: _____

Sir/Madam,

I/We being a nominee(s)/legal heir(s)/guardian of minor nominee(s) or minor heir(s)of the deceased subscriber apply for the payment of the accumulated pension wealth of the deceased subscriber under the NPSfor both Tier-I / Tier-II (please tick as applicable). I / we understand further that the entire accumulated pension wealth in both Tier I and Tier II (as applicable) would be settled as per the NPS scheme and hereby give below the necessary details:

Section A – Subscriber's Details:

1. PRAN *: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. Full Name **(As in PRAN Card)** *:

First Name*

Middle Name

Last Name

3. Father's name/Spouse' Name*:

First Name*

Middle Name

Last Name

4. Date of Birth of the deceased subscriber *(**As in PRAN Card**): ☐☐☐☐☐☐☐☐ (DDMMYYYY)

5. Date of subscriber's death (DDMMYYYY) ☐☐☐☐☐☐☐☐

Section B – Details of the Claimant (person entitled to receive claim proceeds under the policy):

1. Name of the Claimant

First Name*	Middle Name	Surname/last name

2.Claimant's current communication Address:

Flat/Unit No, Block no*_____

Name of Premise/Building/Village _____

Area/Locality/Taluka_____ _____

District/Town/City*_____

State / Union Territory*_____

Country*_____ Pin Code*_____ Email ID:_____ Mobile No._____

3. Date of Birth of the Claimant (DDMMYYYY):

4. Relationship with the Subscriber*:
(e.g. If claimant is son, claimant should fill the relationship as 'Son')

5.Claimant's Guardian Details*(only in case of a minor):

First Name*	Middle Name	Last Name

Section C – Claimant's Bank Details(Please refer General Instruction no.6):

I. Bank Details of the Claimant:

1. For Electronic transfer or Direct Credit through ECS/NEFT/RTGS, Proof attached for Bank Details*:

Cancelled Cheque ☐ Bank Certificate ☐

2. Type of Bank Account*: Savings A/c ☐ Current A/c ☐

3. Bank A/c Number*

4. Bank Name*

5. Bank Branch*

6. Bank Address*

7. Pin Code * 8. Bank IFS Code*

9. Bank MICR Code (Wherever applicable)

Declaration:

I/We (as mentioned below), the nominee(s)/legal heir(s)/guardian of minor nominee(s) or minor heir(s)of NPS SubscriberShri/Smt./Ms._____do hereby declare that the information provided above is true to the best of my/our knowledge and belief.

Claimants Signature (Signature of guardian in case the claimant is a minor)	Name of the Claimant or of guardian _____ Date : D D M M Y Y Y Y	Self attested photograph of the Claimant /guardian
Signature/Left Thumb Impression*		

TO BE FILLED/ATTESTED BY DDO/POP-SP

Certified that the above declaration and details has been signed / thumb impressed before me by Sh./Smt/Ms._____ _____after the nominee(s)/legal heir(s)/guardian of minor nominee(s) or minor heir(s) has read the entries / entries have been read over to him / her by me and got confirmed by him / her.

Rubber Stamp of the DDO/POP-SP

Signature of the Authorised Person

DDO/POP-SP Registration Number _____
(Allotted by CRA)

Designation of the Authorised Person : _____

Date : D D M M Y Y Y Y

DDO/POP-SP Office Name : _____

TO BE FILLED/ATTESTED BY PAO/DTO/POP/POP-SP	PAO/DTO/POP/POP-SP Registration Number (Allotted by CRA): _____
Rubber Stamp of the PAO/DTO/POP/POP-SP	Signature of the Authorised Person

==========

CLAIM FOR THE WITHDRAWAL OF ACCUMULATED PENSION WEALTH BY CLAIMANTS – DUE TO THE DEATH OF THE SUBSCRIBER UNDER NATIONAL PENSION SYSTEM

Advanced Stamped Receipt

Claimant / Guardian of the Claimant (if the claimant is minor)

Received a sum of Rs. /- (Rupees……...……...…….Only)from National Pension System / National Pension System Trust by deposit in my Saving Bank / Current account towards the settlement of National Pension System account of late Shri/Smt…….with PRAN Number ……

Affix 1 Rupee Revenue Stamp and sign across

Signature or Left/ Right hand thumb impression of the Nominee/Guardian*

Requirements submitted along with this form	**Yes / No**
Original PRAN Card	
In the absence of PRAN card, notarized affidavit	
Death certificate in original issued by local authorities	
Photo ID	
Address proof of the Claimant	
Date of birth proof of claimant	
Legal heir certificate	
Certified copy of family member's certificate issued by Executive Magistrate	
Cancelled cheque (containing nominee Name, Bank Account Number and IFS Code) or Bank Certificate	
Discharge Certificate from the employer (in case claim is lodged through a POP/POP-SP)	
Note: PFRDA reserves the right to call for additional requirements, if needed for establishing a valid claim under National Pension System.	

DECLARATION & AUTHORIZATION
I hereby declare that the information given on this death claim application form is true and complete to the best of my knowledge and belief. I hereby declare and agree that any personal information collected or held by the National Pension System (NPS) (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided andmay be held, used, and disclosed by the Company to individuals/organisations associated with the NPS or any selected third party (within or outside of India) for the purposes of processing this application.

Witness Signature _____ Claimant Signature _____

Name of the Witness _____ Name of Claimant_____
(in block letters, family name first)
Address of Witness: _____ Date: ____/____/_____
DD M M Y YYY

Date: ___/____/_____
D D M M Y YYY

==========

ACKNOWLEDGMENT RECEIPT

Acknowledgment slip to the Claimant on receipt of completed application form for Withdrawal due to death of the subscriber
(To be filled by PAO/DTO/POP/POP-SP)

Received from PRAN : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PAO/DTO/POP/POP-SP Registration Number: _____ PAO/DTO/POP/POP-SP Office Name : _____

Received at: _____ Date : _____ Time: _____

Acknowledgement Number : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(Generated by CRA)

INSTRUCTIONS FOR FILLING UP THE FORM

1. All the columns in the form should be filled with black ink pen without any overwriting
2. Fields marked with (*) are mandatory.
3. The day on which CRA receives the confirmation of funds transferred to Subscriber's accounts; the PRAN will be deactivated in the CRA System.
4. Correct postal address, including the pin code should be provided
5. The literate claimant should sign the application form. In case of the claimant being illiterate, Left hand thumb impression by illiterate male claimant and Right hand thumb impression by illiterate female should be affixed in the claim form.
6. If the Nominee/ legal heir is minor, Bank account number should be in the name of nominee/ legal heir. Bank account's guardian should be same as mentioned in the withdrawal form.

Documents to be enclosed with the application:-

1. Death certificate in original of the deceased subscriber.
2. PRAN card in original. In case PRAN card is not available, a duly notarized affidavit as to the reasons of non-submission of the PRAN card is needs to be submitted.
3. Certified copy of family member's certificate issued by Executive Magistrate for cases where no nomination was registered with us.
4. Legal heir certificate when the claim is being made by.
5. Cancelled cheque (containing nominee Name, Bank Account Number and IFS Code) or Bank Certificate containing Name, Bank Account Number and IFSC code, for direct or electronic transfer.
6. A pre-signed receipt acknowledging the receipt of the proceeds by nominee/nominees/legal heir (as applicable)

1. Identification and address proof of the nominee or nominees, in case of multiple nominees. The photocopies of documents (Sr. No. a to h) and original document (Sr. No. i) that can be provided as identification and address proof are as mentioned below:
   a) Ration Card with photograph and residential address
   b) Bank Passbook with photograph and residential address
   c) Credit Card with photograph, any other address proof like latest telephone bill, electricity bill in the name of the nominee.
   d) Passport
   e) Aadhar Card issued by UIAD
   f) Voter's Photo Identity Card with residential address
   g) Driving license with photograph and residential address
   h) PAN card and any other address proof like latest telephone bill, electricity bill in the name of the nominee.
   i) Certificate of identity with photograph signed by a Member of Parliament or Member of Legislative Assembly or Municipal Councilor or a Gazetted Officer and any other address proof like latest telephone bill, electricity bill in the name of the nominee (to be provided original)

In case if the address is not present on any of the above documents or differs with address provided in this form, proof in respect of current residential address like latest telephone bill, electricity bill in the name of the nominee should be submitted.

For the purpose of this document Pension Wealth means: The total amount of contributions made by the subscriber in the scheme plus the investment income derived from the investment of the contributions made by the subscriber from the date of joining of National Pension System till the date of execution of withdrawal request in the CRA System.

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना का दावा प्रपत्र

(विद्यार्थी के माता/पिता/संरक्षक/दावेदार द्वारा भरा जावे)

1. अ. विद्यार्थी का नाम, कक्षा एवं जन्म दिनांक .....
   ब. पिता/माता/संरक्षक/दावेदार का नाम .....
   स. नामांकन संख्या/दिनांक .....
2. अ. दावेदार (पिता/माता/संरक्षक का नाम) .....
   ब. बीमित विद्यार्थी से संबंध .....
   स. बीमित विद्यार्थी के घर का पता .....
3. अ. बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम व पता .....
   .....
   ब. दुर्घटना से पूर्व शारीरिक अपंगता का विवरण .....
4. अ. दुर्घटना का समय एवं दिनांक .....
   ब. दुर्घटना का स्थान .....
   स. दुर्घटना का पूर्ण विवरण .....
   (यहां दुर्घटना के संबंध में समस्त विवरण .....
   यथा दुर्घटना किस परिस्थिति में व कैसे .....
   घटित हुई निर्दिश्ट करें) .....
   द. क्या दुर्घटना से पूर्व बीमित द्वारा किसी .....
   नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ?
   य. चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया .....
   गया।
5. क्या दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट करवाई गई .....
   थी, क्या संलग्न कर दी गई है ?
6. योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त किया .....
   गया है अथवा नहीं। (यदि हां तो कारण, राशि व
   दिनांक देवे।)
7. (केवल मृत्यु की स्थिति में पूर्ति हेतु)
   अ. मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान .....
   ब. मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें
   स. क्या मृत्यु का पोस्टमार्टम किया गया था यदि हां
   तो क्या पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रति संलग्न कर दी
   गई है।
8. (क्षति की स्थिति में पूर्ति हेतु)
   अ. ईलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण पत्र .....
   ब. दवाईयों/जांच के मूल बिल .....
   स. चिकित्सालय का डिस्चार्ज टिकिट .....

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं .....(विद्यार्थी का नाम) का/की .... (संबंध) हूँ एवं श्री/कुमारी ..... की मृत्यु/क्षति के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से संबंधित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त विवरण भविश्य में असत्य पाया जावे तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊंगा/होऊंगी।

दिनांक दावेदार के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम

विमुक्ति पत्र

(दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी (विद्यार्थी का नाम) ..... के जीवन पर जारी की गई विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत भुगतान के संबंध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/करती हूँ।

स्थान : हस्ताक्षर दावेदार

दिनांक : पूरा नाम .....

हस्ताक्षर प्रमाणित

(राजपत्रित अधिकारी द्वारा)

संस्था प्रधान द्वारा प्रमाणीकरण

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है। श्री/कुमारी..... (विद्यार्थी का नाम) इस संस्था में कक्षा ..... का विद्यार्थी है/था एवं विद्यार्थी का नामांकन संख्या ..... दिनांक ..... है। दुर्घटना से पूर्व विद्यार्थी किसी हाथ, पांव, कान, ऑख की अपंगता से ग्रस्त था/नहीं था (यदि था तो विवरण अंकित करें)। विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत बीमित था एवं दावेदार बीमित विद्यार्थी का/की .....(संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक ..... को .....(कारण) से हो गई है। विद्यार्थी की जन्म तिथि विद्यालय रिकार्ड के अनुसार ..... है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विद्यार्थी का प्रीमियम बैंक डीडी संख्या .....दिनांक .... के द्वारा राज्य बीमा एवं प्रा.नि. विभाग के ..... कार्यालय में दिनांक ..... को जमा कराया गया था एवं विभाग द्वारा जारी पालिसी संख्या ..... दिनांक ..... के साथ संलग्न सूची में क्रम संख्या ..... पर उक्त विद्यार्थी का नाम अंकित है (अनुदानित/गैर अनुदानित शिक्षण संस्था से संबंधित होने पर पूर्ति करें)

हस्ताक्षर
प्राचार्य/प्रधानाध्यापक
मोहर सहित

प्रति हस्ताक्षर
ब्लॉक शिक्षा अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी
मय मुहर
(केवल राजकीय विद्यालय की स्थिति में)

(दावा प्रपत्र 6 महिने में भरकर जमा करवाना होगा)

परिशिष्ट – च

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्तावित राज्य कर्मचारियों की विवरण सारणी

क्र.सं.	नाम कर्मचारी	पिता/पति का नाम	मद	मनोनीत का नाम एवं कर्मचारी से संबंध	प्रीमियम राशि
कुल कर्मचारी				कुल प्रीमियम रू	

उपरोक्त ..... (संख्या) राजकीय सेवारत अधिकारियों/कर्मचारियो के वेतन से कटौती की गई राशि रुपये ..... का बैक ड्राफ्ट संख्या .... दिनांक ..... संलग्न कर प्रेषित किया जा रहा है।

विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी

परिशिष्ट – ग

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना दावा प्रपत्र

(दावेदार की मृत्यु की दशा में मनोनीत द्वारा भरा जाये)

1. (अ) बीमेदार का नाम, पद व विभाग : .....
   (ब) पिता/पति का नाम : .....
   (स) घर का स्थायी पता : .....
   .....
   .....

   (द) घर का वर्तमान पता : .....
   (जहां दावे के भुगतान की सूचना भेजी जानी है) .....

2. (अ) दावेदार (मनोनीत) का नाम : .....
   (ब) मृतक से संबंध : .....
   (स) मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में पंजीकृत संरक्षक का नाम : .....
   .....
   .....
   .....

   (द) संरक्षक का मनोनीत से संबंध : .....

3. (अ) बीमित व्यक्ति के वर्तमान आहरण एवं वितरण का अधिकारी का पता : .....
   .....
   .....
   (ब) वर्तमान पॉलिसी हेतु प्रीमियम कटौती करने वाले आहरण एवं वितरण अधिकारी का पता : .....
   .....
   .....

4. (अ) दुर्घटना का समय एवं दिनांक : .....
   (ब) दुर्घटना का स्थान : .....
   (स) दुर्घटना का पूर्ण विवरण (यहां दुर्घटना के संबंध में समस्त विवरण यथा – दुर्घटना किस पस्थिति में एवं कैसे घटित हुई निर्दिष्ट करे) : .....
   .....
   .....
   (द) चिकित्सालय का नाम, जहां मृतक का उपचार किया गया : .....
   .....
   (य) मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान : .....

5. मृत्यु प्रमाण पत्र सलंग्न करे (जहां नगर परिषद/पालिकाए कार्यरत है वहां उपरोक्त से मृत्यु प्रमाण पत्र प्राप्त कर संलग्न करें) : .....

6. दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट संलग्न करें। : .....

7. क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया गया था ? यदि हां, तो रिपोर्ट संलग्न करे : .....

8. क्या मृतक के दांह संस्कार हेतु मृत शरीर को एक शहर/कस्बा/गांव से दूसरे शहर/कस्बा/गांव ले जाया गया था ? यदि हां तो कृपया विवरण दे : .....

मै प्रमाणित करता/करती हूं कि मैं ..... (मृतक का नाम) का/की ..... (संबंध) हूं एवं श्री/श्रीमती/कुमारी/.....की मृत्यु के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से सम्बन्धित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाये तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रुप से जिम्मेंदार होंउंगा/होउंगी।

दावेदार के हस्ताक्षर
एवं पूरा पता

दिनांक : .....

विमुक्ति पत्र

(मृतक राज्य कर्मचारी के मनोनीत (दावेदार) द्वारा पूर्ति किया जाये। मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में उसके पंजीकृत संरक्षण द्वारा पूर्ति किया जाये)

मै श्री/श्रीमती/कुमारी (मृतक का नाम) ..... के जीवन पर जारी की गई समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत भुगतान के सम्बन्ध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/करती हूं।

स्थान :
दिनांक :

हस्ताक्षर मनोनीत (दावेदार)
पूरा नाम .....

हस्ताक्षर प्रमाणित

(प्रमाणित करने वाले अधिकारी का पद
राजपत्रित अधिकारी से कम न हो)

आहरण एवं वितरण अधिकारी /विकास अधिकारी/ प्रभारी अधिकारी का प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह अप्रेल, 20 .... एवं भुगतान दिनांक ..... के अन्तर्गत रुपये काटा गया था। (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को उपरोक्त सूचनाओं का आधार माना जाये) दावेदार, बीमित व्यक्ति द्वारा समूह व्यक्तिगत पॉलिसी हेतु मनोनीत व्यक्ति है/संरक्षक है एवं दावेदार मृतक कर्मचारी/अधिकारी का/की ..... (संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक ..... को हुई है।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी
के हस्ताक्षर
डी.डी.ओ कोड नम्बर.....

परिशिष्ट – ख

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु कटौती पत्र

कार्यालय का नाम .....

.....

विभागीय कार्यवाही हेतु
पत्रावली संख्या .....
कोष ..... क्रमांक .....

बजट मद – 8011 बीमा तथा पेंशन निधि – 107 राज्य कर्मचारी समूह बीमा योजना माह

(ग) राज्य सरकारी व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना
(ग) घटाइये राजस्व लेखों के अतंरण

क्र.सं.	नाम कर्मचारी	पिता/पति का नाम	मद	मनोनीत का नाम एवं कर्मचारी से संबंध	प्रीमियम राशि
कुल कर्मचारी				कुल प्रीमियम राशि रू	
अधिकारी				आहरण एवं वितरण डी.डी.ओ कोड नम्बर	

प्रमाण – पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि राज्य सरकार के आदेशों के अनुरुप राज्य कर्मचारियों पर लागू समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी हेतु ..... (कार्यालय का नाम) के ..... (संख्या) कर्मचारियों के माह अप्रेल, 20 ..... के वेतन बिल से ..... रुपये की कटौती की जाकर योजना के मद संख्या – 8011 बीमा तथा पेंशन निधि – 107 राज्य कर्मचारी समूह बीमा योजना में जमा करवायी जा चुकी है।

कोषाधिकारी/सहायक कोषाधिकारी

www.sipf.rajasthan.gov.in

परिशिष्ट – क

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव पत्र

(प्रस्ताव द्वारा भरा जावे)

1.	प्रस्तावक का नाम मय मद	:	.....
2.	पिता/पति का नाम	:	.....
3.	वर्तमान विभाग का नाम	:	.....
4.	स्थायी पता	:	....
5.	वर्तमान पता	:	.....
6.	क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर, कान अथवा आंख की किसी अंपगता से ग्रस्त हैं ? यदि हॉ तो विवरण दे	:	....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषणा – पत्र

(मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी/लडका/लडकी) के पक्ष में ही किया जायें परिवार न होने की दशा में माता–पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाये। उपरोक्त दोनों अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है। (मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में मनोनीत कें संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये।

मैं श्रीमती/कुमारी/श्री ..... एतद् द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में, साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि का भुगतान श्रीमती/कुमारी/श्री ..... आयु ..... वर्ष ..... (संबंध) को किया जावे।

मै यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिए पर्याप्त विमुक्ति होगी।

मै यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह मेने जोखिम के आंकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है। में सहमति देता/देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होगे।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान :

दिनांक :

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गई व्यवस्था के अनुरुप है।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
विकास अधिकारी/प्रभारी
अधिकारी
डी.डी.ओ. कोड नम्बर .....

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग

(साधारण –बीमा निधि)

वित्त भवन, जन पथ, जयपुर – 302 005 दूरभाष : 2740219, 2740292

(हैड ऑफिस : बीमा भवन, जयसिंह हाइवे, बनीपार्क, जयपुर, दूरभाष : 2230586)

विश्वस्तता गारण्टी बीमा के लिए प्रश्नावली

टिप्पणी :
1. यह प्रपत्र केवल कर्मचारी द्वारा ही भरा जावे।
2. क्योंकि निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर बीमा संविदा के आधार होंगे अतएव इनके पूर्ण तथा यथार्थ उत्तर दिये जावें।
3. जब तक यह प्रश्नावली साधारण बीमा निधि द्वारा स्वीकृत नहीं की जाती तथा प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता तब तक दायित्व प्रारम्भ नहीं होता।

केवल कार्यालय के उपयोग हेतु

पॉलिसी संख्या _____

प्रीमियम राशि _____

प्राप्ति की तिथि _____

ड्राफ्ट संख्या कैश र. सं. _____

1. कर्मचारी

(क) नाम व पद _____

(ख) पता _____

(ग) उम्र _____ (घ) राष्ट्रीयता _____

(ड़) नियोजन की प्रकृति, जिसके लिये गारन्टी चाहिये _____

(च) गारन्टी की अपेक्षित राशि। (क) कैशियर (ख) स्टोर कीपर बीमा अवधि

(छ) प्रीमियम राशि भेजने का विवरण

नकद /एम.ओ./डी.डी. नं. _____

दिनाँक _____ रु. _____

2. नियोजन

(क) नियोजक का नाम _____

(ख) पता _____

(ग) आप उनके साथ कब से काम कर रहे हैं _____

3. सम्पत्ति व आय

(क) कृपया अपना वेतन बतायें तथा यदि इस नियुक्ति से होने वाला कोई अन्य पारिश्रमिक हो तो पूर्ण विवरण दें _____

(ख) क्या आप गृहस्वामी हैं ? _____

(ग) क्या आप किसी सम्पत्ति के मालिक हैं या प्रत्यावर्तन में हकदार हैं ? _____

(घ) क्या आपके पास कोई जीवन बीमा पॉलिसी तथा व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी है, यदि हाँ तो ब्यौरा दें ? _____

(ड़) क्या इस नियोजन से होने वाला पारिश्रमिक के अलावा आपकी अन्य कोई आय है, यदि हाँ तो ब्यौरा दें ? _____

4. (क) क्या आप पर कोई ऋण या देयताएँ (निजी या व्यावसायिक) है? _____

यदि हाँ तो राशि तथा ऋणदाता का नाम बताएँ।

(ख) क्या आप कभी दिवालिया हुए हैं ? हाँ/नहीं

(ग) क्या आपने अपने कर्जदारों से कोई प्रबन्ध किया हैं ? हाँ/नहीं

(घ) यदि प्रश्न (ख) और/या (ग) के उत्तर सकारात्मक है तो _____

कृपया ब्यौरा दें तथा इस बात की पुष्टि करें कि आप सभी देयता से मुक्त हैं।

(ड़) यदि आप किसी के जमानती हो तो कृपया विवरण दें। _____

5. पिछलें दस वर्षो के दौरान आपके नियोजकों के नाम और पते स्पष्ट एवं यथार्थ रूप में दें तथा प्रत्येक मामलें में सेवा छोड़ने का कारण भी उल्लेख करें।

संख्या	तक	श्रेणी	नियोजक का नाम व पता	सेवा छोड़ने का कारण
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

5. क्या कभी आपने किसी बीमा कम्पनी के गारन्टी के लिए अवेदन किया है ? हाँ/नहीं

7. कृपया दो व्याक्तियों के नाम और पते दें, जो आपके सम्बन्धी न हों तथा जिनके साथ यदि आवश्यक हो तो सम्पर्क किया जा सके।

संख्या	व्यक्ति का नाम(स्पष्ट अक्षरों में)	पत्र व्यवहार के लिए पता	व्यवसाय
1.			
2.			

मैं एतद्द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रश्नावली में अपने सभी उत्तरों में किसी बात को गुप्त रखे बिना सत्य बयान किया है।

तिथि

आवेदक के हस्ताक्षर

नियोजक द्वारा भरा जाये

1. क्या आप आवेदक के कार्य विधि से पूर्ण संतुष्ट है : हाँ / नहीं

2. क्या आवेदक द्वारा किये गये लेखे सही पाये जाते है ? हाँ / नहीं

3. क्या स्टॉक व उससे संबंधित लेखों की जाँच समय पर की जाती है ? हाँ / नहीं

4. अन्य जानकारी

हस्ताक्षर नियोजक

दिनाँक

मय पद व सील

परिशिष्ट – छ

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत मनोनयन परिवर्तन प्रपत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)

मै श्रीमती/कुमारी/श्री ..... एतद् द्वारा यह घोषणा करती हूं/करता हूं कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत प्रस्ताव प्रपत्र भरते समय मैंने श्रीमती/कुमारी/श्री ..... जो मेरा/मेरी/मेरे ..... (संबंध) है, को समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु मनोनीत घोषित किया गया था।

अब मैं मनोनयन में परिवर्तन कर श्रीमती/कुमारी/श्री .....जो मेरा/मेरी/मेरे/..... (सम्बन्ध) है को समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु मनोनीत घोषित करती/करता हूँ।

मैं यह भी घोषणा करता हूं/करती हूं कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिए पर्याप्त विमुक्ति होगी।

स्थान : .....

दिनांक : .....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर .....

प्रस्तावक का नाम .....

पद .....

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है।

आहरण एवं वितरण अधिकारी/
विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी

(1.1.2004 एवं उसके पश्चात नियुक्त राज्यकर्मचारी द्वारा भरा जावे)

(राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग द्वारा संचालित मेडिक्लेम पॉलिसी के अन्तर्गत अस्पताल द्वारा सी.जी.एच.एस. दरों पर उपचार किया जाता है।)

1. रोगी का नाम .....
   (Name of Patient)

2. बीमित कर्मचारी का नाम .....
   (Insured ruhs college of medical sciences Employees)

3. रोगी का कर्मचारी से सम्बन्ध .....
   (Relation of patient with insured)

4. हॉस्पिटल में भर्ती होने का दिनांक .....
   (Date of Admission in Hospital)

5. कर्मचारी की **विश्वविद्यालय** में नियुक्ति तिथि .....
   (Date of appointment in ruhs college of medical sciences)

6. कर्मचारी का विभाग .....
   (Department of Employees)

7. कर्मचारी का वेतनमान .....
   (Pay scale of Employees)

8. कर्मचारी का एनपीएस नं0 .....
   (NPS No. of Employees)

9. बीमा विभाग द्वारा जारी आई.डी. नं0 .....
   (ID No. issued by SI & PF deptt.)

10. कर्मचारी का टेली. / मोबाईल नं0 .....
    (Tel. /Mobile No. of Employees)

11. कर्मचारी ई–मेल एड्रेस .....
    (E-mail address of Employees)

12. कर्मचारी का स्थायी पता .....
    (Permanent address of the Employees) .....
    .....

हस्ताक्षर कर्मचारी मय
विभाग का नाम

Appendix : 3

राजस्थान सरकार

कार्यालय वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक (साधारण बीमा निधि)

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, डी–ब्लॉक, द्वितीय तल, वित्त भवन,
जनपथ, विधानसभा के पास, जयपुर – 302005 (राजस्थान)
दूरभाष :– 0141–2740252, 2740219 ई–मेल:– add.medi.sipf@rajasthan.gov.in
फैक्स :– 0141–2740292 वेबसाइट:– www.sipf.rajasthan.gov.in

प्रस्ताव–पत्र

मेडीक्लेम पॉलिसी के लिए डेटाबेस हेतु परिवार विवरण

Family Detail for Mediclaim Policy Database

कर्मचारी द्वारा सभी कॉलम हिन्दी व अंग्रेजी में भरे जाने अनिवार्य हैं। कोई भी कॉलम खाली होने पर प्रस्ताव पत्र निरस्त कर दिया जावेगा।

1. राज्य कर्मचारी का पूरा नाम .....
   Name of Employee .....
2. पिता/पति का नाम .....
   Name of Father/Husband .....
3. कर्मचारी की राज्य सेवा में कार्यग्रहण तिथि ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
4. वर्तमान वेतन/रेमूनरेशन(Pay/Remuneration) .....वेतन श्रृंखला/Payscale.....
5. न्यू पेंशन योजना नम्बर .....
6. बीमा विभाग द्वारा जारी यू.आई.डी. नम्बर .....
7. वर्तमान पद ..... जन्म तिथि/DOB .....
   Present Designation .....
8. वर्तमान आहरण वितरण अधिकारी का पद (हिन्दी में) .....
   (In English) .....
9. आवासीय पता (हिन्दी में).....
   Home Address (In English) .....
10 फोन नम्बर:– कार्यालय ..... निवास .....मो.न.:–.....

कर्मचारी के परिवार के सदस्यों का विवरण (कृपया सदस्यों का विवरण अंग्रेजी में भरें)

क्र.सं.	नाम	राज्य कर्मचारी से सम्बन्ध	उम्र	जन्म तिथि	लिंग M/F
1.		स्वयं			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

नोट–

1 परिवार सदस्यों में 21 वर्ष की उम्र तक के 2 बच्चों का ही उल्लेख किया जावे।

2 यदि माता–पिता की सम्मिलित आय दो हजार रूपये प्रति माह से कम है एवं राज्य कर्मचारी के पदस्थापन स्थान पर सामान्यतया साथ रहते हों तभी उनका उल्लेख किया जावे (शपथ–पत्र संलग्न करें)।

3 परिवार सदस्यों के स्टाम्प साईज के फोटो चिपका कर कर्मचारी उस पर हस्ताक्षर करें तथा सबके एक अतिरिक्त फोटो परिचय पत्र हेतु उपलब्ध कराएं ।

नाम	.....	.....	.....	.....	.....
उम्र	.....	.....	.....	.....	.....

घोषणा पत्र

मैं ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... पद ..... आयु ..... यह घोषणा करता हूं कि ऊपर दिया गया विवरण पूर्णतया सत्य है और कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है । मैंने पॉलिसी के नियम व शर्तों का अध्ययन कर लिया है जो कि विभागीय वेबसाईट (www.sipf.rajasthan.gov.in) पर है एवं उन पर अपनी सहमति प्रदान करता हूं । ईश्वर मेरी सहायता करें ।

दिनांक: हस्ताक्षर अधिकारी/कर्मचारी

उपरोक्त विवरण कार्यालय रिकॉर्ड से जॉच कर लिया गया है एवं बीमा जिला कार्यालय को आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित किया जाता है।

दिनांक: आहरण एवं वितरण अधिकारी
मय सील

अतिरिक्त/संयुक्त/उप/सहायक निदेशक,
राज्य बीमा एवं प्रा0 नि0 विभाग
जिला .....

(Appendix-6)

आपातकालीन परिस्थिति में गैर अनुमोदित चिकित्सालय में ईलाज करवाये जाने पर

शपथ पत्र

मैं .....पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री .....
निवासी .....शपथ पूर्वक
घोषणा करता/करती हूँ कि:–

1. बीमित .....(नाम)..... का गंभीर स्थिति में दिनांक.....
   से ..... तक .....(नाम चिकित्सालय).....
   चिकित्सालय में ईलाज करवाया।

2. मरीज..... रोग से पीडित था और उसको तुरन्त चिकित्सा सुविधा प्रदान किया जाना आवश्यक था। यदि मरीज को तुरन्त चिकित्सा सुविधा प्रदान नहीं की जाती तो उसके जीवन को खतरा हो सकता था। अतः जीवन रक्षा के लिए आपातकालीन परिस्थिति में गैर अनुमोदित चिकित्सालय में ईलाज करवाया गया।

उपरोक्त शपथ पत्र में उल्लेखित की गई समस्त जानकारी सही एवं सत्य है और कोई भी तथ्य छुपाया नहीं गया है। मैं पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों के अनुसार सीजीएचएस (C.G.H.S.) पैकेज दरों पर पुनर्भरण दावा राशि प्राप्त करने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ। भविष्य में कोई भी तथ्य गलत पाये जाने पर भुगतान की गई समस्त राशि मेरे द्वारा राजकोष में जमा करवा दी जावेंगी।

(शपथकर्ता के हस्ताक्षर)

नाम .....

पद .....

विभाग .....

ईलाज करने वाले चिकित्सक
द्वारा सत्यापन
(नाम, पद मय सील)

आहरण एवं वितरण अधिकारी
द्वारा सत्यापन
(नाम, पद मय सील)

पेपरलेस मॉड्यूल–FAQ

प्रश्न – पुरानी और नई पेपरलेस मॉड्यूल में क्या अंतर है ?

उत्तर – पूर्व की प्रणाली में कार्मिक द्वारा ऑनलाईन ऋण/आहरण/क्लेमआवेदन के साथ हार्ड कॉपी में प्रकरण डीडीओ के माध्यम से राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय को भेजा जाता था। हार्ड कॉपी में आवेदन के साथ सत्यापित प्रावधायी निधि की पास बुक/राज्य बीमा रिकार्ड बुक, आवश्यक रूप से भेजी जाती थी।

वर्तमान में परिवर्तित पेपरलेस प्रक्रिया में जीपीएफ पासबुक/राज्य बीमा रिकार्ड बुक की प्रमाणित प्रति स्केण्ड कर अपलोड की जाती है। व्यक्तिगत रूप से बीमा कार्यालय में उपस्थित होने की कोई आवश्यकता नहीं रहेगी।

प्रश्न – एप्लिकेशन सबमिट करने से पूर्व किस बात का ध्यान रखना आवश्यक है?

उत्तर – एप्लिकेशन को ई–साइन के साथ सबमिट करें। ई–साइन जोड़ने के लिए Submit With e-Sign बटन पर क्लिक करें, रजिस्टर्ड मोबाइल नम्बर पर प्राप्त हुए ओटिपी को भर कर सबमिट करें। डाउनलोडेड फाइल को खोल कर देखें यदि आपकी एप्लिकेशन में QR Code व ई–साइन न जुड़ें हो तो होम स्क्रीन पर पेंडिंग टास्क में एप्लिकेशन को केंसिल कर पूनः नई एप्लिकेशन भरें। यह प्रक्रिया तब तक दोहराएं जब तक कि QR Code व ई–साइन एप्लिकेशन में न जुड़ जायें।

प्रश्न – मैरे द्वारा पेपरलेस मॉड्यूल प्रणाली में जीपीएफ आहरण का आवेदन किया जाना था, परन्तु मोबाईल पर ओटीपी नहीं आ रहा है।

उत्तर – संभवतया आपका मोबाईल नम्बर आधार पर अपडेट नहीं है। अतः ई–मित्र केन्द्र की सहायता से अथवा स्वयं के स्तर सेUIDAI वैबसाईट पर अपडेट करवाया जा सकता है।

प्रश्न – मुझे प्रावधायी निधि योजनान्तर्गत स्थायी आहरण लेना है, मेरे द्वारा आवश्यक दस्तावेज स्केण्ड कर अपलोड कर दिये गये, परन्तु कुछ पृष्ठ अपलोड होने से रह गये, दुबारा अपलोड कैसे किया जावे।

उत्तर – एसआईपीएफ पोर्टल पर आवेदन सबमिट किये जाने के पश्चात परन्तु डीडीओ के अप्रूवल/फॉरवर्ड करने से पूर्व यदि यह तथ्य आपके ध्यान में आता है तो आप अपने आवेदन को स्वयं निरस्त कर सकते है तथा पुनः पठनीय स्केण्ड प्रति के साथ आवेदन कर सकते है।

प्रश्न – आवेदन करते समय मेरे द्वारा ऋण/आहरण के माध्यम से चाहने वाली राशि अधिक पूर्ति कर दी गई, जिसे मैं निरस्त कर दुबारा आवेदन करना चाहता हूँ।

उत्तर – आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा अप्रूवल/फॉरवर्ड से पूर्व आप स्वयं अपने आवेदन को निरस्त कर सकते है एवं जितनी राशि का आप आहरण/ऋण चाह रहे है उसके साथ पुनः आवेदन कर सकते है अथवा यदि आपका आवेदन डीडीओ द्वारा बीमा विभाग को फॉरवर्ड/अग्रेषित नहीं किया गया है तो अपने डीडीओ को प्रार्थना कर उक्त आवेदन को निरस्त कराया जा सकता है।

प्रश्न – राजस्थान राज्य कर्मचारी सामान्य प्रावधायी निधि नियम 1997 के नियम 15,16,17 एवं 18 के अन्तर्गत स्थाई/अस्थाई आहरणों की जॉच किस स्तर पर की जावेगी।

उत्तर – आहरण एवं वितरण अधिकारी, जीपीएफ अस्थाई/स्थाई आहरण की पात्रता के संबंध में प्रमाण–पत्र अंकित करेगा कि ''प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक द्वारा सा.प्र.नि. अस्थायी/स्थायी आहरण हेतु प्रस्तुत आवेदन **राजस्थान राज्य कर्मचारी सामान्य प्रावधायी निधि नियम 1997 के नियम 15,16,17 एवं 18** के तहत **प्रात्रता** की जॉच की जाकर पूर्ण संतुष्टि पश्चात् प्रमाणित पासबुक स्केन्ड कर एप्लीकेशन अग्रेषित की जाती है।'' अर्थात अब जीपीएफ आहरण के कारणों की जॉच का पूर्ण दायित्व संबंधित का होगा।

प्रश्न – मेरे बैंक डिटेल एसआईपीएफ पोर्टल पर त्रुटिपूर्ण है, मेरे द्वारा क्या कार्यवाही अपेक्षित है ?

उत्तर – एसआईपीएफ पोर्टल पर ऑनलाईन आवेदन के समय कर्मचारियों को पे–मैनेजर से कैप्चर की गई बैंक डिटेल प्रदर्शित करायी जायेगी जिसकी जॉच कर्मचारी स्वयं करेगा यदि एप्लीकेशन में बैंक डिटेल त्रुटिपूर्ण है तो वह उसे पे–मैनेजर पर संबंधित आहरण एवं वितरण अधिकारी के माध्यम से ठीक करवा कर ही आवेदन सबमिट करेगा, बैंक डिटेल की त्रुटि हेतु कर्मचारी स्वयं जिम्मेदार होगा।

प्रश्न – मेरा सेवानिवृत्ति पश्चात जीपीएफ का खाता संचालित है, मेरे द्वारा बैंक डिटेल के संबंध में क्या कार्यवाही अपेक्षित है ?

उत्तर – पे–मैनेजर से भिन्न एवं रिटायर्ड कर्मचारियों के बैंक डिटेल के प्रमाणिकरण हेतु **केन्सिल्ड चैक** की स्कैण्ड कॉपी भी संलग्न करनी होगी, जिसके आधार पर संबधित डीडीओ/एसआईपीएफ संबंधित जिला कार्यालय के स्तर से बैंक डिटेल अपडेट की जा सकेगी।

प्रश्न –मैं, राज्य बीमा पॉलिसी अंतर्गत ऋण लेने का इच्छुक हूँ, परन्तु एसआईपीएफ पोर्टल पर मेरा बीमा धन कम/शून्य प्रदर्शित हो रहा है मुझे क्या करना होगा ?

उत्तर – एसआईपीएफ पोर्टल पर यदि कर्मचारी के बीमा कॉन्ट्रेक्ट अपडेट नहीं है तथा बीमेदार ने नियत प्रीमियम कटौती स्लेब से स्वैच्छिक आधार पर दो या अधिक उच्च दर पर प्रीमियम दी है, तो विभाग द्वारा मांगे जाने पर घोषणा–पत्र जो स्वयं बीमेदार तथा आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित की स्केण्ड कॉपी भी विभागीय जिला कार्यालय को उपलब्ध करानी होगी।

प्रश्न – यदि e-Sign सबमिशन के दौरान "Please update your Aadhar" मैसेज़ आए तो ऐसी अवस्था में मुझे क्या करना चाहिए?

उत्तर – SSO अकाउन्ट में लॉग इन करके एम्प्लॉइ आई डी तथा डेट ऑफ बर्थ देकर एम्प्लॉइ आई मेप करेंगे (एम्पलॉई आई डी तथा डेट ऑफ बर्थ भरते हुए सावधानी रखें)। तत्पश्चात् खुले फॉर्म में सावधानी पूर्वक आधार नम्बर भरें तथा अपडेट बटन पर क्लिक करें।

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि जिला कार्यालय हेतु

प्रश्न – लोन एप्लिकेशन आने पर क्या करें ?

उत्तर – एप्लिकेशन सबमिशन के तीन दिन के अन्दर एम्प्लॉई तथा डीडीओ दोनों के ई–साइन्स, सभी दस्तावेजों तथा ई–बेग की जाँच करलें।

प्रश्न – क्या स्थायी आहरण, शादी, सगाई के कारण लिए जाने वाले लोन में दस्तावेजों के प्रमाणीकरण की जांच करनी होगी?

उत्तर – नहीं। उक्त पेपरलेस प्रक्रिया में आहरण की सत्यता की जाँच का उत्तरदायित्व पूर्ण रूप से आहरण–वितरण अधिकारी को दिया गया है।

प्रश्न – आवेदक द्वारा आदिनांक तक सत्यापित पासबुक स्केन करके अपलॉड नहीं की, ऐसी स्थिति में क्या किया जाना है।

उत्तर – वित्त विभाग के परिपत्र संख्या प.4(2) वित्त/राजस्व/98 पार्ट I दिनांक 08.12.2020 के अनुरूप आवेदक को मार्च, 2012 तक की पासबुक वेरिफाई उपरान्त स्केन कर अपलोड करनी है, 01.04.2012 से ऑनलाईन लेजर बनती है। अतः इस आधार पर प्रकरण को आक्षेपित नहीं करना है।

राजस्थान सरकार

मेडिक्लेम पॉलिसी धारकों के लिए आवश्यक सूचना

(01.01.2004 एवं उसके पश्चात् नियुक्त राज्यकर्मी/विद्युतकर्मी व अन्य)

1. 01.01.2004 एवं उसके पश्चात् नियुक्त राज्यकर्मी/विद्युतकर्मी एवं अन्य पर लागू मेडिक्लेम पॉलिसी का संचालन राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, (साधारण बीमा निधि), वित्त भवन, जयपुर द्वारा किया जा रहा है।
2. मेडिक्लेम पॉलिसी में सभी राजकीय चिकित्सालयों/चिकित्सा महाविद्यालयों/अनुमोदित निजी चिकित्सालयों/राज्य के बाहर के अनुमोदित चिकित्सालयों में सी.जी.एच.एस. पैकेज दरों पर अधिकतम बीमाधन की सीमा तक (इण्डोर) ईलाज करवाये जाने पर पुनर्भरण की सुविधा प्रदान की गई है।
3. माननीय मुख्यमंत्री की बजट घोषणा वर्ष 2016–17 अनुपालना में पांचो विद्युत कंपनियो के कार्मिको की मेडिक्लेम पॉलिसी में बीमाधन की सीमा रू. 2.00 लाख से बढ़ाकर रू. 3.00 लाख कर दी गई है।
4. पॉलिसी में पारिभाषित आपातकालीन परिस्थितियों (पॉलिसी क्लॉज–6.3) को छोड़कर गैर अनुमोदित निजी चिकित्सालय में ईलाज कराने पर भुगतान देय नहीं है। आपातकालीन परिस्थितियो में करवाये गये ईलाज के संबंध में निर्धारित प्रारूप (परिशिष्ट–6) में "शपथ–पत्र" नियमानुसार प्रस्तुत करें।
5. राज्य कर्मचारियों के ''ग्रुप मेडिक्लेम कार्ड'' दिनांक 01.10.2014 से राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय स्तर पर ही तैयार किये जा रहे है। पूर्व में विभिन्न टीपीए द्वारा जारी किये गये कार्ड दिनांक 01.04.2016 से मान्य नहीं होंगे। अतः बीमित राज्य कर्मचारी संबंधित जिला कार्यालय में सम्पर्क कर ''ग्रुप मेडिक्लेम कार्ड'' अवश्य तैयार करवा लेवें। राज्य कर्मचारियो के अतिरिक्त अन्य मेडिक्लेम पॉलिसियो के बीमाधारको के "ग्रुप मेडिक्लेम कार्ड" साधारण बीमा निधि कार्यालय से ही तैयार किये जावेगें।
6. बीमित कर्मचारी अनुमोदित निजी चिकित्सालय में भर्ती होते समय ही ''ग्रुप मेडिक्लेम कार्ड'' चिकित्सालय में प्रस्तुत करें एवं स्वयं का मेडिक्लेम पॉलिसी में बीमित होना अवश्य सूचित करें अन्यथा अनुमोदित निजी चिकित्सालय द्वारा सी.जी.एच.एस. दरों से अधिक राशि चार्ज की जा सकती है।
7. कैशलेस चिकित्सा सुविधा मेडिक्लेम पॉलिसी में परिभाषित केवल Critical Illness (पॉलिसी क्लॉज–3.7) के मामलों में ही देय है।
8. राज्यकर्मियों के 01.04.2016 (पॉलिसी वर्ष 2016–17) एवं उसके पश्चात् उत्पन्न सभी मेडिक्लेम दावों का निस्तारण ''रियल टाईम बेसिस'' पर ऑनलाईन एप्लीकेशन (sipf portal) के माध्यम से ही किया जा रहा है। ऑनलाईन दावा प्रस्तुत करने के लिए सभी राज्यकर्मियों का 16 अंकीय एम्प्लाई आई.डी. ही उसका लॉगइन आई.डी. होगा एवं यदि बीमित कार्मिक द्वारा पूर्व में अपना पासवर्ड परिवर्तित नहीं किया है तो उसकी जन्मतिथि (DD/MM/YYYY) ही उसका पासवर्ड होगा।
9. बीमित ऑनलाईन दावा प्रपत्र की सभी कॉलमो की पूर्ति आवश्यक रूप से करेगा, अपूर्ण दावा प्रपत्र सब्मिट नही किया जा सकेगा। बीमित एम्प्लाई आई.डी. से लॉगिन कर Mediclaim Help के माध्यम से ऑनलाईन दावा प्रपत्र भरने के लिए आवश्यक सहायता प्राप्त कर सकता है।

10. sipf portal पर ऑनलाईन सभी आवश्यक पूर्ति करने एवं आवश्यक दस्तावेज अपलोड किये जाने के पश्चात् बीमित कार्मिक दावे को अपने डी.डी.ओ. के माध्यम से ऑनलाईन फारवर्ड करवायेगा एवं समस्त दावा प्रपत्रो (सभी मूल दस्तावेजों सहित) की हार्ड कॉपी राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के संबंधित जिला कार्यालय जिसमें कार्मिक की एम्प्लाई आई.डी. है, में जमा करवायेगा।
11. बीमित राज्य कर्मचारी दावा प्रस्तुत करने के पश्चात् दावें की ट्रेकिंग एवं आवश्यक जानकारी अपनी एम्प्लाई आई.डी./लॉगइन आई.डी. के माध्यम से ऑनलाईन प्राप्त कर सकेगा। दावे से संबंधित सूचना बीमित को मोबाईल मैसेज के माध्यम से भी प्राप्त होगी।
12. दावा स्वीकृत होने पर दावा राशि का भुगतान राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के संबंधित जिला कार्यालय द्वारा बीमित के बैंक खाते में ऑनलाईन किया जावेगा।
13. मेडिक्लेम पॉलिसी, प्रस्ताव पत्र, दावा प्रपत्र का प्रारूप, परिशिष्ट, ऑनलाईन दावा प्रपत्र प्रस्तुत करने की प्रक्रिया अनुमोदित निजी चिकित्सालयों की नवीनतम सूची व अन्य समस्त जानकारी विभाग की वेबसाईट www.sipf.rajasthan.gov.in पर देखी जा सकती है।

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग द्वारा जनहित में जारी

For any query / problem / suggestion regarding SIPF PORTAL

Please call at

1800-180-6268

(Toll Free Number)

or

e-mail at

helpdesk.sipf@rajasthan.gov.in

कार्यालय निदेशक,माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

क्रमांकःशिविरा/मा/हिनि/2017–18 दिनांक : 8-11-2017

समस्त उप–निदेशक(माध्यमिक/प्रारंभिक शिक्षा)
समस्त जिला शिक्षा अधिकारी(माध्यमिक/प्रारंभिक शिक्षा)
समस्त ब्लॉक शिक्षा अधिकारी
समस्त विशिष्ट संस्थांये
शिविरा पत्रिका

विषय : हितकारी निधि नियम 13(क) निधन पर सहायता राशि बाबत।

उपयुक्त विषय मे लेख है कि हितकारी निधि नियम 13(क) के सम्बन्ध में राज्य सरकार की संशोधित स्वीकृति क्रमांक प21(7)शिक्षा–2/हितकारी निधि/2017 दिनांक 13.10.2017 के अनुसार हितकारी निधि द्वारा सेवा में रहते कार्मिक के निधन पर दैय सहायता राशि के सम्बन्ध में निम्नानुसार निर्देश जारी किये जाते हैं:–

निधन पर सहायता :–

1. आश्रित द्वारा निर्धारित प्रपत्र में आवेदन संस्था प्रधान को प्रस्तुत करेगें तथा संस्था प्रधान जिला शिक्षा अधिकारी को अग्रेषित करेंगे।
2. आवेदन पत्र के साथ सेवा समाप्ति आदेश एवं मृत्यु प्रमाण पत्र की एक मूल प्रति संलग्न करें।
3. अंशदान कटौती का विवरण जो कार्मिक द्वारा जमा करवाया गया।
4. कार्मिक की दुर्घटना मे मृत्यु होने पर पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रति।
5. सहायता राशि नियमित अंशदाता के आश्रित को दैय होगी।
6. सेवारत कार्मिक नियमित अंशदाता होने के लिये नियुक्ति तिथि 2016–17 तक का अंशदान एकमुश्त जमा करवाकर नियमित अंशदाता बन सकते हैं।
7. सेवा में रहते सामान्य निधन पर एकमुश्त 50,000/– की एवं दुर्घटना में निधन होने पर 1,50,000/– रूपये की सहायता आश्रितों के आवेदन करने पर देय होगी।

बीमारी पर सहायता

विभागीय कर्मचारी/अधिकारियों के परिवार के किसी सदस्य को गंभीर प्रकृति की लम्बी बीमारी/असाध्य रोग जैसे कैन्सर, लकवा, हुदयघात, क्षयरोग एवं दीर्घावधी तक चिकित्सालय मे भर्ती रहकर इलाज करवाने पर 5000/– रूपये तक की सहायता राशि दी जावेगी। इसके लिये व्यय की गई राशि का विपत्र जिसका पुर्नभरण किसी राजकीय नियमों में नहीं हुआ हो तो चिकित्सक से प्रमाणित एवं रोग के साक्ष्य सहित निर्धारित प्रपत्र में आवेदन करने पर स्वीकृत किये जा सकेगें। उक्त सहायता राशि नियमित अंशदाता होने पर ही दैय होगी।

8.11.17

उप निदेशक (प्रशासन) एवं
सचिव हितकारी निधि
माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान
बीकानेर

E:CH\MONITORING\NSS\MODI-VOCATIONAL

कार्यालय निदेशक,माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

हितकारी–निधि(राजस्थान शिक्षा विभाग,बीकानेर)से कर्मचारी के निधन पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु प्रार्थना पत्र

1 प्रार्थी/प्रार्थिनी (कर्मचारी पर आश्रित/आश्रिता)का नाम एवं सम्बन्ध .....

2 स्थाई पता एवं मोबाईल नम्बर .....

3 मृतक कर्मचारी का नाम .....

4 मृतक कर्मचारी का पद एवं पदस्थापन स्थान .....

5 कर्मचारी की नियुक्ति तिथि से अब तक कहां–कहां .....

6 कर्मचारी की मृत्यु तिथि(मूल मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें) .....

7 क्या मृतक कर्मचारी की मृत्यु राज्य सेवा में रहते हुए हुई? .....

8 दुर्घटना मे निधन हो तो पोस्टमार्टम रिपोर्ट संलग्न करें .....

9 मृत कर्मचारी की हितकारी निधि पंजीयन संख्या (वर्षवार अंशदान कटौती विवरण संलग्न करें) .....

10. कर्मचारी/अध्यापक का नियुक्ति तिथि से कहां–कहां कार्यरत रहा उसका अंशदान कटौती का विवरण निम्न प्रपत्र में प्रस्तुत करें:–

क्र.सं.	नियुक्ति तिथि	पद	पदस्थापन स्थान नियुक्ति तिथि से आज तक कार्य किया है	प्रमोशन हुआ है तो विवरण देवें	हि.नि.का वार्षिक अंशदान कटौती विवरण

11. स्टेट बैंक ऑफ इण्डिया ब्रांच की शाखा का नाम जिस पर बैंक ड्राफ्ट चाहिए (यदि कोई हो तो).....
.....

12. परिवार के सदस्यों का विवरण (निम्न प्रपत्र में पुस्तुत करें)

क्र.सं.	नाम	आयु	मृतक से संबध	विवाहित/अविवाहित	राज्य सेवा में है तो पदनाम	विशेष विवरण

13. मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी सर्वोतम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार उपर दिया गया विवरण बिल्कुल सही है। इन बिन्दुओं मे कोई असत्यता हो तो हितकारी –निधि,शिक्षा–विभाग,बीकानेर मेरे विरूद्ध जो भी उचित समझे कार्यवाही कर सकेगा यह मुझे स्वीकार्य होगी।

हस्ताक्षर संस्था प्रधान(मोहर) आश्रित(प्रार्थी/प्रार्थिनी के हस्ताक्षर)

.....

(अराजपत्रित होने पर) /

टिप्पणी: संस्था प्रधान के अराजपत्रित होने पर प्रार्थना पत्र–आहरण–वितरण अधिकारी से अग्रेषित करवाया जाना आवश्यक है।

प्रमाणित किया जाता है कि प्रार्थी/प्रार्थिनी द्वारा प्रस्तुत विवरण सही है एवं आश्रितों एवं कर्मचारियों के परिवार की आर्थिक स्थिति अच्छी नहीं होने के कारण सहायता की आवश्यकता है। अतः प्रार्थना पत्र अध्यक्ष, हितकारी–निधि, शिक्षा–विभाग, बीकानेर को सहायता हेतु अनुशंषा सहित अग्रेषित किया जाता है।

स्थान :
दिनांक :

हस्ताक्षर जिला शिक्षा अधिकारी(मोहर) हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष/संस्था प्रधान(मोहर)

.....

अग्रिम रसीद (जी.ए.103)

(पंजिका संख्या.....)

अध्यक्ष,हितकारी–निधि,माध्यमिक शिक्षा राजस्थान,बीकानेर द्वारा स्वीकृत सहायता की राशि रूपये..... प्राप्त किए।

प्रमाणितकर्ता (रेवेन्यू स्टाम्प)
रापत्रित अधिकारी हस्ताक्षर प्राप्तकर्ता

E:CH\MONITORING\NSS\MODI-VOCATIONAL

हितकारी निधि

कार्यालय निदेशक,माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

हितकारी–निधि (राजस्थान शिक्षा विभाग,बीकानेर) से बीमारी पर वित्तिय सहायता प्राप्त करने हेतु प्रार्थना–पत्र)

1 कर्मचारी का नाम .....

2 कर्मचारी का पद एवं पदस्थापन स्थान .....

3 कर्मचारी की नियुक्ति तिथि .....

4 रोगी का नाम .....आयु.....

5 रोगी का कर्मचारी से सम्बन्ध .....

6 रोगी का रोग ग्रस्त होने का स्थान .....

7 रोगी का विवरण एवं प्रमाण–पत्र संलग्न करें .....

8 चिकित्सालय का नाम जहां रोगी का ईलाज कराया गया है/ चल रहा है। .....

9 रोगी के हस्पताल में भर्ती रहकर इलाज करवाने की अवधि .....

10 चिकित्सक से प्रमाणित विपत्र जिसका नियमों में पुर्नभरण नहीं हुआ हो .....

11 रोगी की परिचर्या पर कुल व्यय .....

12 उक्त व्यय में से कितना व्यय चिकित्सा परिचर्या नियमों के अन्तर्गत प्रतिपूर्ति हुआ। .....

13 पूर्व में कोई सहायता ली गई अथवा नहीं, ली गई तो कितनी राशि मिली? .....

14 हितकारी–निधि पंजीयन संख्या (वर्षवार अंशदान कटौती विवरण संलग्न करें) .....

15 स्टेट बैंक ऑफ इण्डिया की शाखा का नाम व पूरा पता जिस पर बैंक ड्राफट चाहते है। (यदि कोई हो तो) .....

16. मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी सर्वोतम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार उपर दिया गया विवरण बिल्कुल सही है। इन बिन्दुओं मे कोई असत्यता हो तो हितकारी–निधि,शिक्षा–विभाग,बीकानेर मेरे विरूद्ध जो भी उचित समझे कार्यवाही कर सकेगा यह मुझे स्वीकार्य होगी।

हस्ताक्षर संस्था प्रधान(मोहर) (प्रार्थी/प्रार्थिनी के हस्ताक्षर)

.....

(अराजपत्रित होने पर)

टिप्पणीः संस्था प्रधान के अराजपत्रित होने पर प्रार्थना पत्र–आहरण–वितरण अधिकारी से अग्रेषित करवाया जाना आवश्यक है।

प्रमाणित किया जाता है कि प्रार्थी/प्रार्थिनी द्वारा प्रस्तुत विवरण सही है एवं आश्रितों एवं कर्मचारियों के परिवार की आर्थिक स्थिति अच्छी नहीं होने के कारण सहायता की आवश्यकता है। अतः प्रार्थना पत्र अध्यक्ष, हितकारी–निधि, शिक्षा–विभाग, बीकानेर को सहायता हेतु अनुशंषा सहित अग्रेषित किया जाता है।

स्थान :
दिनांक :

हस्ताक्षर जिला शिक्षा अधिकारी(मोहर) हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष/संस्था प्रधान(मोहर)

.....

अग्रिम रसीद (जी.ए.103)

(पंजिका संख्या.....)

अध्यक्ष,हितकारी–निधि,माध्यमिक शिक्षा राजस्थान,बीकानेर द्वारा स्वीकृत सहायता की राशि रूपये..... प्राप्त किए।

प्रमाणितकर्ता
रापत्रित अधिकारी

(रेवेन्यू स्टाम्प)
हस्ताक्षर प्राप्तकर्ता

E:CH\MONITORING\NSS\MODI-VOCATIONAL

कार्यालय निदेशक, माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

क्रमांकःशिविरा / मा / हिनि / 28203 / 2017–18 दिनांक : 13-11-17

समस्त उप–निदेशक(माध्यमिक / प्रारंभिक शिक्षा)
समस्त जिला शिक्षा अधिकारी(माध्यमिक / प्रारंभिक शिक्षा)
समस्त ब्लॉक शिक्षा अधिकारी
समस्त विशिष्ट संस्थांये

विषय : 2017–18 के लिए हितकारी निधि वार्षिक अंशदान बाबत।

राज्य सरकार के आदेश क्रमांक : प.21(7)शिक्षा–2 / हितकारीनिधि / 2017 जयपुर दिनांक 13.10.2017 की अनुपालना में हितकारी निधि में वर्ष 2017–18 का वार्षिक अंशदान शिक्षा विभाग के समस्त राजपत्रित एवं अराजपत्रित संवर्ग के कार्मिकों का राज्य सरकार द्वारा निम्न निर्धारित दर से एकत्रित कर भिजवाया जाना है। हितकारी निधि का वार्षिक अंशदान समस्त आहरण वितरण अधिकारी अपने अधिनस्थ समस्त कार्यरत कार्मिकों से अनिवार्य रूप से प्रतिवर्ष प्राप्त करेंगे।

राज्य सरकार द्वार निर्धारित वार्षिक अंशदान की दरें

(1) समस्त राजपत्रित अधिकारी (स्कूल व्याख्याता सहित) रूपये 500 / – प्रतिवर्ष
(2) समस्त अराजपत्रित कार्मिक / अध्यापक एवं सहा.कर्मचारी सहित रूपये 250 / – प्रतिवर्ष

हितकारी निधी कल्याणकारी योजनाएं

इस कल्याणकारी योजनान्तर्गत प्राप्त अंशदान राशि मे से सेवा में रहते कार्मिक के निधन पर उसके आश्रितों द्वारा आवेदन करने पर सामान्य निधन पर 50,000 / – रूपये एवं दुर्घना मे निधन होने पर 1,50,000 / – रूपये सहायता राशि प्रदान की जावेगी।

शिक्षा विभाग के कार्मिकों के 100 बच्चों को व्यावसायिक शिक्षा में अध्ययनरत होने पर 5000 / – रूपये से 10,000 / – रूपये तक की सहायता दैय है।

शिक्षा विभागीय कार्मिक एवं उसके आश्रितों में से किसी सदस्य के असाध्य रोग से पीडित होने पर 5000 / – रूपये की सहायता दिये जाने का प्रावधान है।

शिक्षा विभागीय कार्मिकों को बालिका शिक्षा हेतु 20,000 / – रूपये तक का ऋण दिये जाने का प्रावधान है।

राज्य सरकार के आदेशों की पालना में संस्था प्रधान आवश्यक रूप से समय पर अंशदान राशि एकत्रित कर भिजवावें ताकि प्राप्त अंशदान से अधिकाधिक लाभ दिया जा सके एवं नवीन योजनायें भी प्रारंभ की जा सके।

अतः वर्ष 2017–18 का हितकारी निधि का वार्षिक अंशदान माह दिसम्बर,2017 के दैय वेतन जनवरी,2018 में उक्त निर्धारित दर से प्राप्त कर भिजवाया जाना सुनिश्चित करें।

हितकारी निधि योजना की सफलता के लिये आपके अधिनस्थ कार्यालयों / विद्यालयों में इसका प्रचार–प्रसार किया जावे ताकि योजना के सफल परिणाम प्राप्त हो सके। वर्ष 2017–18 की अंशदान राशि "अध्यक्ष हितकारी निधि" माध्यमिक शिक्षा, राजस्थान, बीकानेर के नाम बैंक ड्राफ्ट / चैक के द्वारा भिजवाया जाना है। अंशदान के साथ अंशदान दाताओं की सूचि मय पद तथा उसके सम्मुख कार्मिक की आई.डी. का उल्लेख अवश्य किया जावे ताकि समुचित लेखा रखा जा सके। उक्त आई.डी. ही कार्मिकों की खाता संख्या होगी।

(नथमल डिडेल)
IAS
निदेशक एवं अध्यक्ष
हितकारी निधि
माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान
बीकानेर

क्रमांक : शिविरा / माध्य / हिनि / 28203 / 2017–18 दिनांक : 13-11-17

प्रतिलिपि निम्न को वास्ते सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है :–

1. समस्त अनुभाग अधिकारी, माध्यमिक शिक्षा / प्रारंभिक शिक्षा, कार्यालय हाजा
2. सम्पादक शिविरा पत्रिका, बीकानेर को प्रकाशनार्थ

13.11.17
उप निदेशक (प्रशासन) एवं
सचिव हितकारी निधि
माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान
बीकानेर

DIRECTORATE SECONDARY EDUCATION, RAJ. BIKANER

ORDER

In exercise of the powers conferred upon me under rule 3 (a) of the General Financial & Accounts rules सूची के कॉलम संख्या तीन के अनुरूप the purpose of the Financial Rules of the Government in respect of निम्न सूची के कॉलम संख्या 4 के अनुरूप He/she shall exercise all the financial and other power delegated to a Head of Office under the Financial Rules and Orders issued from time to time.

The Duties & responsibilities are generally laid down in the various provisions of the General Financial & Account Rules of the Government. An abstrnet of important duties are contained in Appendix-I.

The निम्न सूची के कॉलम संख्या तीन के अनुसार shall perform the following duties in particular:-

1. To sign as Drawing & disbursing officer, all bills for personal claim of all Govt. servants & Contingent expenditure to be presented to the Treasury.
2. To account for all the receipt and payment made out of the funds so drawn & to make payments to the proper payees against valid acquaintance & attest it in token of payment.
3. To maintain cash book & all account registers & records particularly Register for watching Encashment of bills, bill transit register, register of short term advance register of contingent expenditure register of advance and adjustments, stock register, register of Mis. Appropriation etc. register showing receipt disposal of cheques and draft, postal/money orders etc., and register of payment made by postal money order/draft and to sign the relative entries.
4. To incur recurring and non-recurring contingent expenditure in accordance with financial rules, orders and delegation of financial powers issued by the Govt. from time to time & sign register of contingent expenditure.
5. To ensure adjustment of temporary advance given to the Govt. servant and to ensure recovery of unspent balance with in the prescribed period and take action there on as providing these rules.
6. To ensure economical procurement of stores articles and to arrange their proper accounting of custody.
7. These orders are valid up to finance matters.
8. These orders are effective up to joining of Head of office.

कसं	संस्था/ कार्यालय का नाम जिनके अधिकार दिए जाते हैं।	अधिकारी का नाम व पद नाम सहित जिनको कॉलम संख्या 2 की संध के अधिकार दिए जा रहे है।	कोष / उप कोष का नाम मय जिला	विशेष विवरण
1	2	3	4	5

कृ.प.उ.

कार्यालय निदेशक,माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

हितकारी–निधि(राजस्थान शिक्षा विभाग,बीकानेर)से कर्मचारी के सेवा में रहते हुए निधन हो जाने पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने हेतु प्रार्थना पत्र

1 प्रार्थी/प्रार्थिनी(कर्मचारी पर आश्रित/आश्रिता)का नाम एवं सम्बन्ध : .....

2 स्थाई पता एवं मोबाईल नम्बर .....

3 मृतक कर्मचारी का नाम .....

4 मृतक कर्मचारी का पद एवं पदस्थापन स्थान .....

6 कर्मचारी की मृत्यु तिथि(मूल मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें) .....

7 सेवा समाप्ति आदेश प्रति संलग्न करें .....

8 अंशदान कटौती वर्ष **2018–19** से इ0सी0एस0एवं शेड्युल की प्रति संलग्न करें .....

9 परिवार के सदस्यों का विवरण (निम्न प्रपत्र में प्रस्तुत करें)

क्र.सं.	नाम	आयु	मृतक से संबध	विवाहित/अविवाहित	विशेष विवरण

10. प्रार्थी/प्रार्थिनी का बैंक खाता विवरण

(3) बैंक खाता (पास बुक प्रथम पृष्ठ की प्रति या निरस्त चैक संलग्न करें)

11. मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी सर्वोतम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार ऊपर दिया गया विवरण बिल्कुल सही है। इन बिन्दुओं मे कोई असत्यता हो तो हितकारी –निधि, शिक्षा–विभाग,बीकानेर मेरे विरूद्ध जो भी उचित समझे कार्यवाही कर सकेगा यह मुझे स्वीकार्य होगी।

हस्ताक्षर संस्था प्रधान(मोहर) आश्रित(प्रार्थी/प्रार्थिनी के हस्ताक्षर)

प्रार्थना पत्र जिला शिक्षा अधिकारी(मुख्यालय) द्वारा अग्रेषित करवाया जाना है।

प्रमाणित किया जाता है कि प्रार्थी/प्रार्थिनी द्वारा प्रस्तुत विवरण सही है अतः प्रार्थना पत्र अध्यक्ष, हितकारी–निधि, शिक्षा–विभाग, बीकानेर को सहायता हेतु अनुशंषा सहित अग्रेषित किया जाता है।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती..... हितकारी निधि अंशदान कटौती वर्ष ..... बिल क्रमांक.....दिनांक.....TVno.....TV date..... द्वारा की जा चुकी है।

हस्ताक्षर संस्था प्रधान (मोहर सहित) हस्ताक्षर जिला शिक्षा अधिकारी(मुख्यालय)

मुख्य ब्लॉक शिक्षा अधिकारी द्वारा प्रमाण–पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती..... हितकारी निधि अंशदान कटौती वर्ष ..... बिल क्रमांक.....दिनांक.....TVno.....TV date..... द्वारा की जा चुकी है।

हस्ताक्षर संस्था प्रधान (मोहर सहित)

हस्ताक्षर मुख्य ब्लॉक शिक्षा अधिकारी (मोहर सहित)

शैक्षिक समाचार राजस्थान

राजस्थान सरकार
मनोनयन–पत्र
(अभिदाता के कुटुम्ब होनेकी दशा में पूर्ति किया जाये)

मैं इसके द्वारा निद्रेश देता/देती हूं कि मेरी मृत्यु होने की दशा में मेरी सामान्य प्रावधायी निधि खाते में जमा रकम निम्नलिखित व्यक्ति/व्यक्तियों में इनके नाम के आगे वर्णित रीति से बांट दी जाये।

अथवा
(अभिदाता के कुटुम्ब न होनेकी दशा में पूर्ति किया जाये)

मैं इसके द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे कोई कुटूम्ब नहीं हैं ओर निर्देश देता/देती हूँ कि मेरे कुटूम्ब न होने की दशा में, मेरी मृत्यु होने पर मेरे सामान्य प्रावधायी निधि के खाते में जमा रकम निम्नलिखित व्यक्ति/व्यक्तियों में उनके नाम के आगे वर्णित रीति से बांट दी जाये।

क्रम संख्या	मनोनित व्यक्ति/व्यक्तियों के नाम व पते	अभिदाता से संबंध	मनोनित व्यक्ति की आयु	संचित राशि में हिस्से का अनुपात
1.	2.	3.	4.	5.
टिप्पणीः–	(1) जो लागू न हो उसे काट दे।			
	(2) कुटूम्ब से अभिप्राय अभिदाता के पति/पत्नी,पुत्र/पुत्रियां हैं।			
	(3) स्तम्भ 5 को इस प्रकार भरा जाये कि खाते में जमा सम्पूर्ण रकम इसके अनतर्गत आ जावे।			
दिनांक				
स्थान				

1. हस्ताक्षर साक्षी.....
नाम .....
पता .....

अभिदाता के हस्ताक्षर

2. हस्ताक्षर साक्षी.....
नाम .....
पता .....

नाम .....
पद .....
विभाग.....

नाम निर्देशन रदद करने हेतु प्रारूप

मैं,..... मेरे द्वारा सामान्य प्रावधायी निधि के मेरे खाते में जमा राशि के, मेरी मृत्यु की स्थिति में निस्तारण के संबंध में दिनांक ..... को की गई घोषणा /नाम निर्देशन को एतद् द्वारा निरस्त करता/करती हूं तथा नवीन नाम–निर्देशन हो, प्रपत्र के मुख पृष्ठ की पूर्ति कर प्रेषित कर रहा/रहीं हूं।

प्रमाण स्वरूप आज दिनांक ..... दिवस..... माह..... वर्ष को मरे द्वारा हस्ताक्षर किया जाता हैं।

1. हस्ताक्षर साक्षी.....
   नाम .....
   पता .....

अभिदाता के हस्ताक्षर

2. हस्ताक्षर साक्षी.....
   नाम .....
   पता .....

नाम .....
पद .....

जी. पी. एफ स्थाई ऋण आहरण प्रार्थना पत्र

1. जी. पी. एफ खाता संख्या :
2. कर्मचारी का नाम :
3. पिता/पति का नाम :
4. वर्तमान कार्यरत कार्यालय का नाम :
5. वर्तमान पद पर पदस्थापन माह :
6. प्रथम नियुक्ति का दिनांक :
7. आहरण लेने का कारण :
8. पांच वर्ष की अवधि में प्राप्त किये गये आहरणों का विवरणः—

क्रमांक	स्वीकृति दिनांक	राशि	भुगतान प्राप्ति माह	आहरण का नाम
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

संलग्नः— मूल पास बुक

कर्मचारी के हस्ताक्षर
नाम एवं पदनाम सहित

क्रमांकः—
दिनांकः

मूल आवेदन पत्र उप सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग.....
.....
राज को आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है ।

कार्यालयाध्यक्ष

राजस्थान सरकार
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग,राजस्थान,जयपुर।

सामान्य प्रावधायी निधि के अस्थाई ऋण हेतु प्रार्थना पत्र
(सा.प्रा.नि.नयिम 15(1)) के अन्तर्गत

सेंवा में ,

.....
.....
.....

1. जी.पी.एफ खाता संख्या :

2. कर्मचारी का नाम एवं पद :

3. पिता/पति का नाम :

4. वर्तमान कार्यरत कार्यालय का नाम :

5. आवेदित ऋण राशि :

6. ऋण/आहरण लेने का कारण :

7. अंतिम अस्थायी ऋण की राशि एवं दिनांक :

8. कया अस्थायी ऋण की पूर्ण अदायगी हो : चुकी हैं ।

9. पूर्ण अदायगी का माह :

दिनांक

कर्मचारी के हस्ताक्षर
(नाम एवं पदनाम सहित)

सेवा निवृत कर्मचारियों के सामान्य प्रावधायी निधि
में सम्मिलित होने के लिए प्रार्थना पत्र

उप / सहायक निदेशक
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग,
.....

विषयः सामान्य प्रावधायी निधि में सम्मिलित होने के संबंध में।

महोदय,

सादर निवेदन है कि मैं दिनांक ..... को ..... विभाग से ..... पद से सज्य सेवा से सेवा निवृत हो गया हूँ। सेवा निवृति परिलाभों की निम्न विवरणानुसार राशियां निधि में जमा कराना चाहता हूँ:-

1. सामान्य प्रावधायी खाते की अंतिम भुगतान की राशि रुपये .....
2. राज्य बीमा पॉलिसी की स्वत्व राशि रुपये .....
3. ग्रेच्यूटी राशि रुपये .....
4. कम्यूटेशन ऑफ पेंशन राशि रुपये .....
5. उपार्जित अवकाश के नकदीकरण की राशि रुपये .....

(अक्षरे रुपये .....) कुल रुपये

कृपया मुझे खाता संख्या आवंटित कर उक्त राशि में से मेरे खाते में रुपये ..... (शब्दों में .....) जमा कराने तथा उक्त खाते में मेरे / मेरी ..... श्री / श्रीमती / कुमारी ..... को मनोनीत के रुप में पंजीकृत करने का श्रम करें।

भवदीय,

हस्ताक्षर
नाम
पूरा पता एवं
दूरभाष संख्या (यदि कोई हो)

हस्ताक्षर प्रमाणित
(राजपत्रित अधिकारी)

कार्यालय निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रा0 नि0 विभाग, राज0 जयपुर

सेवानिवृत्ति उपरान्त प्रावधायी निधि खाते में सेवानिवृत्ति परिलाभ जमा कराते वक्त दिया जाने वाला

शपथ पत्र

मैं ———————— पुत्र /पुत्री श्री ———————— पद————— कार्यालय/विभाग ————————सेवा निवृति दिनांक ————————शपथ पूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि :—

1. यह कि मेरा जीपीएफ खाता संख्या ———————— है।
2. यह कि मैं सेवा निवृति उपरांत अपने प्रावधायी निधि खाते को सेवा निवृति परिलाभों सहित चालू रखने का विकल्प स्वीकार करता हूँ/करती हूँ।
3. मैं यह भी घोषणा करता हूँ /करती हूँ कि मेरे जीपीएफ खाते में जमा करायी गयी/करायी जा रही सेवा निवृति परिलाभों की कुल राशि रू0————————है। जिनके आदेशों की प्रतियां संलग्न कर दी गई है।

क्र.सं	भुगतान का प्रकार	आदेश संख्या	दिनांक
1	जीपीएफ स्वत्व राशि		
2	ग्रेच्युटी राशि		
3	रूपान्तरण राशि (Commutation of Pension)		
4	बीमा स्वत्व राशि		
5	अवकाश नकदीकरण राशि		

4. मेरे द्वारा पूर्व में उपरोक्त राशि का कहीं अन्यत्र निवेश नहीं किया गया है एवं वास्तव में यह राशि सेवा निवृति परिलाभों की ही है, जिसके प्रमाण स्वरूप सम्बंधित विभाग द्वारा जारी स्वीकृति/ भुगतान आदेश की प्रमाणित प्रतिलिपियां उपरोक्तानुसार संलग्न कर दी गई है।

5. यह कि सेवा निवृति पश्चात् इस राशि के आहरण के सम्बंध में राज्य सरकार द्वारा लागू नियम/ भविष्य में किये जाने वाले संशोधन मुझे मान्य होगें।

6. यह कि इस योजना में जमा राशि /देय ब्याज पर यदि आयकर का (TDS सहित) कोई उत्तरदायित्व (Liabiliity) बनता है या भविष्य में बनेगा तो मैं इसको वहन करने के लिये स्वयं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी एवं यदि उपरोक्त जमा राशि अथवा ब्याज राशि पर TDS देय होने के कारण राज्य बीमा एवं प्रा0नि0 विभाग को कोई TDS अथवा TDS पर ब्याज अथवा पेनल्टी आयकर विभाग को देनी पड़ती है तो राज्य बीमा एवं प्रा0 नि0 विभाग ऐसी राशि जो मुझसे संबंधित है, मुझसे वसूल कर सकता है।

दिनांकः–

हस्ताक्षर अंशदाता

स्थायी पताः–

फोन न0:–

अंशदायी/सामान्य प्रावधायी निधि में जमा राशि के अन्तिम
भुगतान प्राप्त करने के लिए प्रपत्र
(नियम (21))

उप/सहायक निदेशक,
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग,
.....

विषयः– खाता संख्या ..... श्री/श्रीमती .....
पद..... पुत्र/पुत्री श्री .....
स्थायी निवास स्थान .....

महोदय,

अंशदाता की दिनांक ..... को सेवा निवृति/सेवा मुक्ति/मृत्यु/होने को हैं/हो गयी हैं (आदेश की प्रति संलग्न हैं।)

1अन्तिम कटौती का विवरण	कोष/ उपकोष	भुगतान का दिनांक	माह	अंशदान की राशि	ऋण की कटौती	प्राप्त ऋण की राशि

2. प्रावधायी निधि खाता संख्या	अन्तिम कटौती का माह	दर	मनोनीत का नाम आयु सम्बन्ध

3.सेवा निवृति/सेवा मुक्ति/मृत्यु से पूर्व जो कटौती नहीं की गई उसका विवरण	कटौती नहीं किये जाने के कारण दर एवं अवधि

4. सेवा निवृति दिनांक से पूर्व 5 वर्षो मे लिये गये अस्थायी ऋण या अंतिम आहरण का विवरण	ऋण का विवरण क.अस्थयी ऋण ख. अन्तिम भुगतान आहरण	राशि	वाउचर संख्या	दिनांक	कोष/उपकोष

मैं प्रमाणित करता हूं कि उपरोक्त विवरण सही हैं।

हस्ताक्षर प्रमाणित	भवदीय
स्थानः–	हस्ताक्षर अंशदाता/दावेदार
दिनांकः–	पुरा नाम
हस्ताक्षर प्रमाणित (किसी भी राजपत्रित अधिकारी द्वारा)	पताः कार्यालय/पत्र व्यवहार का

क्षतिपूरक बॉण्ड

(Indemnity Bond)

[नियम 21 (iv)]

मैं..... पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री ..... स्थान ..... एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे निदेशक, राज्य बीमा एवं सामान्य प्रावधायी निधि विभाग द्वारा सामान्य प्रावधायी निधि विभाग से अधिक भुगतान की गई राशि जमा नहीं कराये जाने की स्थिति में विभाग द्वारा मुझे राज्य सरकार से देय पेंशन, ग्रेज्यूटी तथा अन्य भुगतान में से अधिक भुगतान की गई राशि मय ब्याज की कटौती करने की सहमति देता/देती हूँ।

अंशदाता/मनोनीत

हस्ताक्षर प्रमाणित

नाम

पद

विभाग

नोट – उपरोक्त प्रमाण–पत्र 10 रू का नॉन ज्यूडिशियल स्टाम्प पर अंकित कर प्रमाणित करवाकर प्रस्तुत करें।

ऋण प्रमाण पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि अंशदाता श्री ..... पुत्र श्री .... खाता संख्या ..... जो दिनांक ..... को सेवा निवृत्ति/मृत्यु हो चुकी है। इस कार्यालय द्वारा निम्नांकित स्थाई एवं अस्थाई ऋण राशि का भुगतान किया गया है।

क्र.	राशि	भुगतान प्राप्ति तिथि

इसके अलावा अंशदाता को किसी भी प्रकार का ऋण स्वीकृत नहीं किया गया।

आहरण वितरण अधिकारी

कार्यरत स्थान का पूर्ण विवरण देवें।

कार्यालय का नाम	अवधि	जिला	वेतन मद

परिशिष्ट - VI

(देखिये नियम 34 तथा 36)

नाम निर्देशन का प्रारूप

मैं _____ पुत्र/ पुत्री/श्री _____ जो राज्य बीमा विभाग, राजस्थान पॉलिसी प्रमाण-पत्र संख्या _____ के अधीन बीमाकृत व्यक्ति हूं, इसके द्वारा:—

(1) पूर्व में मेरे द्वारा मेरे, मेरी _____

(नाम निर्देशिति से आपके संबंध का उल्लेख कीजिये)

श्री/श्रीमती _____ आयु _____ वर्ष के पक्ष में किया गया नाम निर्देशन रद्द करता/करती हूं।

(2) मेरे/मेरी _____ श्री/श्रीमती/कुमारी _____

(नाम निर्देशिति से आपके सम्बन्ध का उल्लेख कीजिए)

आयु _____ वर्ष को अपना नाम निर्देशिति नियुक्त करता/करती हूं।

(3) श्री श्रीमती _____ जो _____

(नाम निर्देशिति से अभिभावक के संबंध का उल्लेख कीजिए)

के नाम निर्देशिति के वयस्क होने तक उसका अभिभावक नियुक्त करता/करती हूं।

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर

मेरे समक्ष हस्ताक्षरित

दिनांक _____

स्थान _____

उच्चाधिकारी के हस्ताक्षर तथा
उसके पद नाम की मुहर

(राजपत्रित अधिकारी होने की दशा में उसके हस्ताक्षर किसी अन्य राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित किये जाने चाहिये)

टिप्पणी :— जो लागू न हो उसे काट दें

बीमाकृत व्यक्ति के पति/पत्नी/पुत्री/ पुत्र/ माता/बहिन, पिता या माता के अलावा अन्य कोई व्यक्ति बीमा निदेशक की पूर्व स्वीकृति के बिना नाम निर्देशिति नियुक्त नहीं किया जा सकेगा।

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रा. नि. विभाग

राज्य कर्मचारी के वेतन से की गई कटौतियों का प्रमाण पत्र ..... विभाग
यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री ..... के वर्ष 19 के वेतन से की गयी
कटौतियों का विवरण निम्नानुसार है।

(सर्कूलर नं. 40/80 जी.ए. 55ए देखि
नियम 81 ए तथा (सा. वित्र एवं लेखा
बीमा प्रमाण प. सं.

कटौतियाँ

	वेतन एवं भत्ते							राज्य बीमा एवं प्रा. निधि.																												
								राज्य बीमा												जी.पी.एफ.																
	वेतन	मंहगाई	नगर भत्ता	मकान किराया			योग	माह	प्रीमियम	ऋण	ब्याज	आजीवन बीमा	अंशदान	ऋण	ब्याज	अंशदान	ऋण	ब्याज	राजकीय आवास	फर्नीचर	गार्डन	मूल	ब्याज	मूल	ब्याज	त्यौहार अग्रिम	हजार्ड	आयकर	अनिवार्य जमा					योग कटौतियाँ	शुद्ध भुगतान	बिल का क्रम व दिनांक
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
								मार्च																												
								अप्रैल																												
								मई																												
								जून																												
								जुलाई																												
								अगस्त																												
								सितम्बर																												
								अक्टूबर																												
								नवम्बर																												
								दिसम्बर																												
								जनवरी																												
								फरवरी																												
								योग																												

श्री ..... पद .....
क्रमांक ..... दिनाँक .....

हस्ताक्षर

जी.ए. 55-ए का प्रमाण पत्रः- पॉलिसी संख्या ..... कर्मचारी का नाम .....
प्रमाणित किया जाता है कि प्रपत्र जीए-55ए में अंकित कटौतियाँ उक्त बीमेदार के वेतन से काटी गई है।
अतः इस प्रमाण पत्र के आधार पर लुप्त कटौतियों को क्रेडिट देकर भुगतान करने का कष्ट करें इस भुगतान
की जिम्मेदारी निम्न हस्ताक्षरकर्त्ता की होगी ।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
.....

राजस्थान सरकार

बीमा पालिसी पर ऋण प्राप्त करने हेतु प्रार्थना–पत्र

सेंवा में,

निदेशक,

राज्य बीमा एवं प्रा.नि.विभाग,

.....

विषयः– पालिसी संख्या ..... स्वंय के जीवन पर ऋण स्वीकृत करने हेतु।

महोदय,

निवेदन हैं कि मुझे मेरी उपरोक्त पालिसी के अन्तर्गत रूपये ..... / अधिकतम ऋण स्वीकृत करने की कृपा करें। इस सम्बन्ध में वांछित विमुक्ति पत्र निम्न अनुसार प्रेषित हैंः–

उक्त बीमा पालिसी के अन्तर्गत जो ऋण राशि मुझे श्री ..... पुत्र श्री ..... को स्वीकृत की जावेगी के सम्बन्ध में अपनी कथित पालिसी के अन्तर्गत समस्त अधिकार ऋण राशि की सीमा तक राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को हस्तान्तरित करता हूँ। मैं आगे ऋण राशि मय ब्याज के राजस्थान सरकारी बीमा नियम 1998 के नियम 44 के उप–नियम (2) एवं (3) के अन्तर्गत किये गये जो प्रावधान के अनुसार वापस करना स्वीकार करता हूँ।

भवदीय

.....

(हस्ताक्षर कर्मचारी)

हस्ताक्षर

उच्चाधिकारी अथवा किसी राजपत्रित
अधिकारी के हस्ताक्षर मय पद मोहर

क्रमांक :–

मूल प्रार्थना पत्र उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग ..... को प्रेषित कर लेख हैं कि उपरोक्त कर्मचारी अधोहस्ताक्षर कर्ता के अधीन से राज्य बीमा की ओर प्रीमियम कटौति की जा रही हैं। उसके वेतन से माह ..... तक (कृपया अन्तिम ऋण कटौति के माह का नाम अंकित करें) रूपये ..... ऋण एवं रूपये ..... ऋण ब्याज के तौर पर पूर्ण ऋण के प्रति काटे गये हैं जिसका विवरण निम्न अनुसार हैं:–

क.सं.	माह का नाम जिसके वेतन से कटौति की गयी	कटौती की गयी		कोष वाउचर संख्या एवं दिनांक
		ऋण	ऋण ब्याज	
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

नोट कृपया उक्त विवरण पूर्व ऋण के प्रति की गयी प्रथम कटौती के अन्तिम माह तक देंवे। प्रमाणित किया जता हैं कि उक्त कटौतियों की सत्यता की जॉच वेतन बिलों से कर ली गयी हैं तथा इनके आधार पर राज्य बीमा विभाग द्वारा स्वीकृत किये जाने वाले ऋण में यदि अधिक भुगतान होंगा तो उसका उत्तरदायित्व निम्न हस्ताक्षर कर्ता का होंगा।

दिनांक :–

आहरण एवं वितरण अधिकारी के
हस्ताक्षर मय पद मोहर
कोष/उप कोष का नाम .....

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, राजस्थान
जिला कार्यालय .....

परिपक्वता/अध्यर्पण/मृत्यु दावा प्रपत्र

बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... एम्प्लोई आई.डी. .....

1. बीमेदार का नाम .....
2. पिता का नाम .....
3. पद .....
4. कार्यालय का नाम .....
5. क्या बीमेदार अब भी राज्य सेवा हैं हां ☐ नहीं ☐

   सेवा निवृति की दिनांक ..... (सेवा निवृति के आदेश की प्रति संलग्न करें)

6. बीमेदार की जन्म तिथि जो सेवा अभिलेख के अंकित दिनांकः ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

   D D M M Y Y Y Y

7. (क) अन्तिम बीमा कटौती का माह व राशि

माह का नाम	राशि	
	प्रीमियम	ऋण

   (ख) कृपया आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा प्रमाणित उक्त अवधि की बीमा कटौतियों का जी.ए. 55ए संलग्न करें ।

8. बीमेदार की मृत्यु की स्थिति में मृत्यु की दिनांक एवं बीमारी का नाम .....
   .....

9. यदि बीमेदार मृत्यु से पूर्व ही राज्य सेवा से मुक्त कर दिया था तो सेवा मुक्तिकी तिथि

10. बीमेदार द्वारा पूर्व में मनोनीत नियुक्त नहीं किया गया हो या मनोनीत व्यक्तिकी मृत्यु हो गयी हो तो निम्न विवरण दें

	पिता (जीवित)		माता (जीवित)		पत्नी/पति (जीवित)	
	नाम	आयु	नाम	आयु	नाम	आयु
	पुत्र (सौतेले सहित)/विधवा पुत्रवधु		अविवाहित एवं विधवा पुत्रियोंके नाम (सौतेली सहित)		18 वर्ष से कम आयु के भ्राताओं के नाम	
	नाम	आयु	नाम	आयु	नाम	आयु
1						
2						
3						
4						
5						

11. दावेदार का स्थायी पता जिस पर भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सके ——————————————————————
——————————————————————
——————————————————————

संलग्नः 1. मूल बीमा प्रमाण पत्र
2. मूल बीमा रेकॉर्ड बुक / जी.ए.55ए एवं जी.ए.81
3. सेवा निवृति / सेवा पृथक्करण आदेश
4. मृत्यु दावे की दशा में मृत्यु प्रमाण पत्र एवं सेवा समाप्ति आदेश
5. पदस्थापन स्थानों का विवरण परिशिष्ट 'क' फार्म में पूर्ति सहित ।

.....
बीमेदार* / मनोनीत* / दावेदार* के हस्ताक्षर
मोबाईल नं.

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर लिखे विवरण की जांच कर ली गयी है और सहीं है

आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर मय पद की मोहर

* जो लागू न हो उसे काट दें।

विमुक्ति पत्र

श्री / श्रीमती / सुश्री ..... के जीवन पर जारी बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... को उसके अन्तर्गत समस्त कान्ट्रेक्स के स्वत्वों के भुगतान के संबंध में निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को हस्तान्तरित करता हूँ ।

हस्ताक्षर बीमेदार / दावेदार

हस्ताक्षर प्रमाणित
(आहरण एवं वितरण अधिकारी)

(मूल बीमा पॉलिसी संलग्न नहीं करने की दशा में बीमेदार / दावेदार द्वारा पूर्ति किया जायें)

मैं यह घोषणा करता हूँ कि मेरा बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... खो गया है / नष्ट हो गया है । मैंने इस बीमा प्रमाण पत्र को बन्धक नहीं रखा हैं और न ही कोई गलत उपयोग किया है ।

हस्ताक्षर बीमेदार / दावेदार

हस्ताक्षर प्रमाणित
(आहरण एवं वितरण अधिकारी)

अधिक जानकारी के लिएः नोट : http://sipf.rajasthan.gov.in/

CERTIFICATE OF RECOVERIES EFFECTED FROM SALARY BILLS TOWARDS INSURANCE PREMIUM

Performa as per Finance Department Order No.F.13(106) RRA & A/68 Dated 19.11.1985 (Circular No.49/85) for the recoveries upto and inclusive of the year 1982-83.

P A R T 'A'
(To be furnished by the Government servant concerned)

I ---------- S/o ---------- employed in ----------(Name of Office/Deptt.) as ---------- (Designation) certify that the deductions towards State Insurance Premium were made from my Salary for the month/months detailed hereunder at the rate shown against each :

Policy No. .....

S.No.	MONTH/MONTHS	RATE OF PREMIUM RECOVERY

P.T.O.

Further certify :-

(1) **that the rate of premium contribution as shown above are correct to the best of my knowledge and belief.**

(2) **that in the event of the rate of recovery having not been mentioned above, the premium adjusted by the State insurance & P.F. Department on the basis of the last recovery immediately preceding the month of gaps (missing credit) and onward, shall be acceptable to me. If at any time it is found that the rate of recovery was different, the recoveries shall be adjusted by the State Insurance Department at the revised rate on production on conclusive proof by me.**

(3) **that in case of any excess amount paid to me as a result of adjustment of recoveries as above, I undertake to refund the same to the State Insurance & P.F. Department.**

Signature of the
Government Servant.

P A R T 'B'

Certified that the above incumbent was not on extra-ordinary leave/communted leave/placed under suspension or on deputation to other State/Corporation/ Boards etc. During the period mentioned by him in PART `A' as verified from his service Book/ leave File/ Personal File.

Signature of the Drawing & Disbursing
Officer with seal of Designation.

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग

परिशिष्ट 'क'

विषय : बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... श्री / श्रीमती .....

पद ..... पुत्र/पुत्री/श्री .....

विभागीय पता .....

आप स्वत्व पत्र के साथ बीमेदार से सम्बन्धित निम्न जानकारी इस विभाग को भिजवानें का कष्ट करें जिससे स्वत्व दावा तय करने में विलम्ब न हों :-

1. बीमेदार का स्थायी पता जिस पर .....
   भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सकें। .....
   (क) कार्यालय का दूरभाष संख्या .....
   (ख) अन्य दूरभाष संख्या .....
2. (क) कर्मचारी की जन्मतिथि जो सर्विस .....
   रिकार्ड में अंकित की गई है। .....
   (ख) क्या जन्मतिथि बदली गई हैं, यदि हाँ .....
   तो, आदेश की प्रतिलिपी संलग्न करें। .....
   (ग) यदि कर्मचारी निलम्बित रहा है/बिना .....
   वेतन अवकाश पर रहा है तो पूर्ण विवरण देवें। .....
3. कर्मचारी के सेवाकाल में वर्ष 1983 से पदस्थापन का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार देवें :-

क्रमांक	कार्यालय का नाम	पद	अवधि माह		वि. विवरण
			कब से	कब तक	

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त कर्मचारी के सेवा अभिलेखों / अन्य लेखों से जाँच कर लिया गया है एवं सही है।

दिनाँक :

उच्चाधिकारी के हस्ताक्षर

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रा. नि. विभाग

राज्य कर्मचारी के वेतन से की गई कटौतियों का प्रमाण पत्र ..... विभाग
यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री ..... के वर्ष 19 के वेतन से की गयी
कटौतियों का विवरण निम्नानुसार है।

(सर्कूलर नं. 40/80 जी.ए. 55ए देखि
नियम 81 ए तथा (सा. वित्र एवं लेखा
बीमा प्रमाण प. सं.

कटौतियाँ

	वेतन एवं भत्ते							राज्य बीमा एवं प्रा. निधि.																												
								राज्य बीमा												जी.पी.एफ.																
	वेतन	मंहगाई	नगर भत्ता	मकान किराया			योग	माह	प्रीमियम	ऋण	ब्याज	आजीवन बीमा	अंशदान	ऋण	ब्याज	अंशदान	ऋण	ब्याज	राजकीय आवास	फर्नीचर	गार्डन	मूल	ब्याज	मूल	ब्याज	त्यौहार अग्रिम	हजार्ड	आयकर	अनिवार्य जमा					योग कटौतियाँ	शुद्ध भुगतान	बिल का क्रम व दिनांक
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
								मार्च																												
								अप्रैल																												
								मई																												
								जून																												
								जुलाई																												
								अगस्त																												
								सितम्बर																												
								अक्टूबर																												
								नवम्बर																												
								दिसम्बर																												
								जनवरी																												
								फरवरी																												
								योग																												

श्री ..... पद .....
क्रमांक ..... दिनाँक .....

हस्ताक्षर

जी.ए. 55-ए का प्रमाण पत्रः- पॉलिसी संख्या ..... कर्मचारी का नाम .....
प्रमाणित किया जाता है कि प्रपत्र जीए-55ए में अंकित कटौतियाँ उक्त बीमेदार के वेतन से काटी गई है।
अतः इस प्रमाण पत्र के आधार पर लुप्त कटौतियों को क्रेडिट देकर भुगतान करने का कष्ट करें इस भुगतान
की जिम्मेदारी निम्न हस्ताक्षरकर्त्ता की होगी ।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
.....