

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग
परिपक्वता दावा प्रपत्र
(बीमेदार कर्मचारी द्वारा पूर्ति किया जावे)

बीमा प्रमाण-पत्र संख्या

1. नाम _____
2. पद _____
3. पिता का नाम _____
4. कार्यालय का नाम _____
5. क्या आप अब भी राज्य सेवा में हैं
(यदि नहीं हो सेवा निवृत्ति की तिथि लिखें) हां नहीं
6. आपकी जन्म तिथि जो सेवा अभिलेख में अंकित हैं।
सेवा निवृत्ति की दिनांक.....
.....
7. (क) अन्तिम बीमा कटौती का माह व राशि
(ख) कृपया आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा प्रमाणित उक्त अवधि की बीमा कटौतियों का जी.ए. 55 संलग्न करें।

माह का नाम	राशि	
	प्रीमियम	ऋण

हां नहीं
8. क्या मूल बीमा प्रमाण पत्र संलग्न हैं
9. आपका स्थायी पता जिस पर भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सके

प्रमाणित किया जाता है कि—
ऊपर लिखे विवरण की जांच कर ली गयी है और
सही हैं

बीमेदार के हस्ताक्षर

आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर मय पद की मोहर

विमुक्ति पत्र

मैं, स्वयं के जीवन पर जारी बीमा प्रमाण पत्र संख्या को उसके अन्तर्गत समस्त स्वत्वों के भुगतान के सम्बन्ध में निदेशक,राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को हस्तान्तरित करता हूं।

हस्ताक्षर प्रमाणित
(इनका पद राजपत्रित अधिकारी से कम न हो)

हस्ताक्षर बीमेदार

(मूल बीमा पॉलिसी संलग्न नहीं करने की दशा में बीमेदार द्वारा पूर्ति किया जाये)
मैं यह घोषणा करता हूं कि मेरा बीमा प्रमाण पत्र संख्या खो गया है/नष्ट हो गया है। मैंने इस बीमा प्रमाण पत्र को बन्धक नहीं रखा है और न ही कोई गलत उपयोग किया है।

हस्ताक्षर प्रमाणित

हस्ताक्षर बीमेदार

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/commuted 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 भिजवाने का कष्ट करें जिससे स्वत्व दावा तय करने में विलम्ब न हों :-

- बीमेदार का स्थायी पता जिस पर
भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सके।
(क) कार्यालय का दूरभाष संख्या
(ख) अन्य दूरभाष संख्या
- (क) कर्मचारी की जन्मतिथि जो सर्विस
रिकार्ड में अंकित की गई है।
(ख) क्या जन्मतिथि बदली गई है, यदि हाँ
तो, आदेश की प्रतिलिपी संलग्न करें।
(ग) यदि कर्मचारी निलम्बित रहा है/बिना
वेतन अवकाश पर रहा है तो पूर्ण विवरण दें।

3. कर्मचारी के सेवाकाल में वर्ष 1983 से पदस्थापन का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार दें :-

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।

दिनांक :

उच्चाधिकारी के हस्ताक्षर