

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग
मृत्यु दावा विवरण पत्र

(मनोनीत पंजित होने की दशा में मनोनीत व्यक्ति द्वारा पूर्ति किया जावे अन्यथा दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

बीमा प्रमाण-पत्र संख्या

(बीमेदार जिस प्रकार बीमा प्रमाण-पत्र में वर्णित हैं)

1.	मृतक का पूरा नाम					
2.	पिता का नाम					
3.	पद					
4.	कार्यालय का नाम					
5.	मृत्यु की दिनांक एवं बीमारी का नाम					
6.	कृपया लिखे कि क्या मूल बीमा प्रमाण-पत्र संलग्न हैं					
7.	(क) अन्तिम बीमा कटौती का पूरा विवरण लिखे :-	हां	नहीं			
	(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		
8.	कर्मचारी की जन्म तिथि जो कर्मचारी के सेवा अभिलेखों में अंकित हैं।					
9.	यदि मृत्यु से पूर्व ही राज्य सेवा से मुक्त कर दिया था तो सेवा मुक्ति की तिथि					
10.	बीमेदार द्वारा पूर्व में मनोनीत नियुक्त नहीं किया गया हो या मनोनीत व्यक्ति की मृत्यु हो गयी हो तो निम्न विवरण दें।					
मृतक से संबंध	नाम	आयु	अविवाहित एवं विधवा पुत्रियों के नाम	आयु	18 वर्ष से कम आयु के भ्राताओं के नाम	आयु
पिता						
माता						
पत्नी/पति						
1		आयु	अविवाहित एवं विधवा बहिनों के नाम		सौतेली संतान यदि कोई हो का नाम	
2			1		1	
3			2		2	
4			3		3	

यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर लिखे विवरण जाँच लिये गये हैं और सही हैं।

मनोनीत/दावेदार के हस्ताक्षर
नाम

उच्चाधिकारी के हस्ताक्षर व पद की मोहर

विमुक्ति पत्र

मैं, श्री के जीवन पर जारी बीमा प्रमाण पत्र संख्या .
..... का उसके अन्तर्गत समस्त स्वत्वों के भुगतान के सम्बन्ध में निदेशक राज्य
बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की हस्तान्तरित करता हूँ।

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

हस्ताक्षर मनोनीत/दावेदार

(मूल बीमा प्रमाण पत्र संलग्न नहीं करने की दशा में पूर्ति किया जावे)

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

हस्ताक्षर प्रमाणित

हस्ताक्षर मनोनीत/दावेदार

**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/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