

प्रेषक,

अजय अग्रवाल,  
विशेष सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

- 1- समस्त विभागाध्यक्ष, तथा प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष,  
उत्तर प्रदेश।
- 2- समस्त जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।

वित्त (सेवायें) अनुभाग-1

लखनऊ: दिनांक ०६ जनवरी, 2011

विषय:- उ०प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत उत्पन्न दावों के निस्तारण के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषय के सन्दर्भ में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि शासनादेश संख्या-एस0ई0-2314 / दस-2008-बीमा-19 / 2002, दिनांक 08-12-2008 द्वारा सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत मासिक अभिदानों एवं उसके सापेक्ष बीमा आच्छादन की धनराशि की संशोधित दरें शासन द्वारा दिनांक 01-12-2008 से लागू की गई हैं। जिसके अनुसार ऐसे सरकारी सेवक, जिनका पुनरीक्षित वेतन संरचना में अनुमन्य ग्रेड वेतन रू० 5400/- से अधिक है, की अभिदान की दरें रू० 400/- प्रतिमाह निर्धारित करते हुए उसके सापेक्ष रू० 4.00 लाख का बीमा आच्छादन अनुमन्य कराया गया है। इस प्रकार प्रदेश के लगभग समस्त समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों का बीमा आच्छादन रू० 4.00 लाख हो गया है। शासनादेश संख्या-एस0ई0-684 / दस-2002-61 (ए) / 99, दिनांक 27-3-2002 द्वारा की गई व्यवस्थानुसार स्वयं आहरण वितरण अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों का निस्तारण भी सामूहिक बीमा निदेशालय द्वारा किया जा रहा है।

2- उक्त के दृष्टिगत यह निर्णय लिया गया है कि जिस प्रकार पेंशन देयों की मण्डल स्तर पर विकेन्द्रीकरण के पश्चात् सभी विभागों के समूह 'क' वर्ग के समस्त अधिकारी, अखिल भारतीय सेवा के समस्त अधिकारी तथा लोक सेवा आयोग, लोक सेवा अधिकरण तथा अन्य विशिष्ट पदाधिकारियों की पेंशन स्वीकृत करने का कार्य निदेशक, पेंशन निदेशालय, उ०प्र०, लखनऊ के स्तर से किया जा रहा है, उसी प्रकार प्रदेश के ऐसे समस्त अधिकारियों, जिनका पुनरीक्षित वेतन संरचना में ग्रेड पे रू० 5400/- से अधिक है, के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों का निस्तारण सामूहिक बीमा निदेशालय, उ०प्र० द्वारा किया जायेगा।

इस व्यवस्था का कार्यान्वयन निम्न प्रकार होगा:-

- (1) मासिक अभिदानों के कटौतियों के विवरण व्यक्तिगत लेजर तैयार करने हेतु अधिकारियों के नाम, उनके संवर्ग तथा विभाग का उल्लेख करते हुए प्रदेश कोषागारों से सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित किये जायेंगे तथा प्राप्त विवरणों के आधार पर अधिकारियों के जी0पी0एफ0 नम्बर को आई0डी0 नम्बर के रूप में प्रयोग में लाते हुए कम्प्यूटर के द्वारा साफ्टवेयर तैयार कर प्रत्येक माह लेजर तैयार किये जायेंगे। ऐसे अधिकारी जिनका पुनरीक्षित वेतन संरचना में ग्रेड-पे रू0 5400/- से अधिक है, जिनके सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों का निस्तारण इस शासनादेश के अन्तर्गत सामूहिक बीमा निदेशालय द्वारा किया जायेगा, उनकी रू0 5400/- तक ग्रेड-पे से संबंधित सेवा की अवधि में काटी गयी सामूहिक बीमा योजना संबंधी धनराशि का विवरण संबंधित आहरण वितरण अधिकारी/कोषागार से सत्यापित कर सामूहिक बीमा निदेशालय को उपलब्ध कराया जायेगा, जिससे संबंधित अधिकारी के व्यक्तिगत लेजर को पूर्ण किया जा सके सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक अथवा मृतक अधिकारियों/कर्मचारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावे निर्धारित प्रपत्र (यथा जी0आई0एस0 प्रपत्र-26 या 27) पर पूर्व व्यवस्था के अनुसार तीन-तीन प्रतियों में तैयार किये जायेंगे तथा समस्त प्रपत्रों पर निर्धारित स्थान पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा नाम सहित समुह हस्ताक्षर किये जायेंगे। कार्यालयाध्यक्ष स्तर के नीचे के अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर, कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर तथा विभागाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के सामूहिक बीमा संबंधी दावे शासन के संबंधित विभाग द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर सामूहिक बीमा निदेशालय को अग्रतर कार्यवाही हेतु प्रेषित किये जायेंगे।
- (2) शासनादेश संख्या-बीमा-145/दस-9455(बी)/1992 दिनांक 05 फरवरी, 1994 द्वारा उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत भुगतान की प्रक्रिया का सरलीकरण किया गया है, जिसमें लाभार्थी को सीधे चेक भेजे जाने की व्यवस्था के अन्तर्गत आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा दावा प्रपत्र में अपेक्षित सूचनाओं के अतिरिक्त सरकारी सेवक/लाभार्थी के किसी राष्ट्रीय-कृत बैंक का नाम व शाखा भी स्पष्ट रूप से अंकित किया जायेगा। ऐसी स्थिति में सामूहिक बीमा एवं बचत योजना संबंधी प्राप्त दावे का भुगतान कर तत्संबंधी चेक सीधे अधिकारी/सम्बन्धित लाभार्थी को उपलब्ध कराये गये पते पर प्रेषित करते हुए उसकी सूचना सम्बन्धित विभाग को दी जायेगी। इस प्रकार उपरोक्त व्यवस्था से संबंधित अधिकारी/लाभार्थी को

इस कल्याणकारी योजना का पूर्ण लाभ शीघ्र प्राप्त हो सकेगा। यह व्यवस्था दिनांक 01-3-2011 से लागू मानी जायेगी।

3- अतः इस संबंध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि उक्त लिये गये निर्णय के अनुसार कार्यवाही सुनिश्चित करने का कष्ट करें।

भवदीय,

( अजय अग्रवाल )  
विशेष सचिव।

संख्या-एस0ई0-1987(1)/दस-10, तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु

प्रेषित:-

- 1- समस्त प्रमुख सचिव/सचिव, उत्तर प्रदेश शासन।
- 2- उ0प्र0 सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 3- निदेशक, राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, उ0प्र0 लखनऊ।
- 4- भाषा (प्रकाशन) अनुभाग को 4 प्रतियों सहित।

आज्ञा से,

( अजय अग्रवाल )  
विशेष सचिव।

प्रेषक,

अजय अग्रवाल,  
विशेष सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

- 1- समस्त विभागाध्यक्ष तथा प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष,  
उत्तर प्रदेश।
- 2- समस्त जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।

वित्त (सेवायें) अनुभाग-1

लखनऊ: दिनांक 23 सितम्बर, 2011

विषय:- उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत उत्पन्न दावों के निस्तारण के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषय के सन्दर्भ में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि शासनादेश संख्या-एस0ई0-1987/ दस-10 -बीमा-14/08, दिनांक 06-01-2011 द्वारा यह निर्णय लिया गया है कि प्रदेश के ऐसे समस्त अधिकारियों जिनका पुनरीक्षित वेतन संरचना में ग्रेड पे रू0 5400/- से अधिक है, के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों का निस्तारण सामूहिक बीमा निदेशालय, उ0प्र0, लखनऊ द्वारा किया जायेगा। उक्त व्यवस्था दिनांक 01-03-2011 को या उसके उपरान्त सेवानिवृत्त, सेवारत अवस्था में मृत्यु तथा सेवा से अन्यथा पृथक होने वाले सरकारी अधिकारियों पर लागू की गई है।

2- शासन के संज्ञान में यह तथ्य आये हैं कि उक्त व्यवस्था से समूह 'ग' श्रेणी के अराजपत्रित कर्मचारी तथा समूह 'ख' श्रेणी के राजपत्रित अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों के निस्तारण का कार्य पुनः केन्द्रीयकृत हो गया है तथा उक्त श्रेणी के ऐसे कर्मचारी/अधिकारी जिनके ग्रेड पे रू0 5400/- से अधिक हैं, के दिनांक 01-03-2011 तथा उसके उपरान्त सेवानिवृत्ति, सेवारत अवस्था में मृत्यु अथवा सेवा से अन्यथा पृथक होने पर उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय स्तर से किया जा रहा है।

3- अतः उक्त संदर्भित शासनादेश दिनांक 06-01-2011 में आंशिक संशोधन करते हुये मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि शासन द्वारा सम्यक विचारोपरान्त यह निर्णय लिया गया है कि निदेशक, उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ स्तर से केवल उ0प्र0 राज्य सरकार के ऐसे राजपत्रित अधिकारी जो समूह 'क' के पद पर पदोन्नत हुये हों तथा ग्रेड पे 6600 या इससे अधिक प्राप्त कर रहे हैं, के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों के निस्तारण का कार्य किया जायेगा तथा केवल समूह 'क' श्रेणी के मासिक अभिदानों के कटौतियों के व्यक्तिगत लेजर बीमा निदेशालय स्तर पर तैयार किये जायेंगे।

4- उपरोक्त के अतिरिक्त ऐसे अराजपत्रित सरकारी सेवक समूह 'ख' के राजपत्रित अधिकारी जिन्हें पूर्व में समयमान वेतनमान अथवा सुनिश्चित कैरियर प्रोन्नयन (ए0सी0पी0) की ध्यवस्था के अंतर्गत रू0 5400/- या इससे अधिक ग्रेड पे प्राप्त हो रहा है, उनके सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावों का निस्तारण दिनांक 01-10-2011 या उसके उपरान्त सेवानिवृत्ति, सेवारत अवस्था में मृत्यु अथवा सेवा से अन्यथा पृथक होने पर संबंधित जिले के कोषगारों द्वारा (प्रतिनियुक्ति के मामलों को छोड़कर) पूर्व की भांति किया जायेगा।

भवदीय,

( अजय अग्रवाल )  
विशेष सचिव।

संख्या-एस0ई0-1428(1)/दस-11, तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- 1- समस्त प्रमुख सचिव/सचिव, उत्तर प्रदेश शासन।
- 2- उ0प्र0 सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 3- निदेशक, राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, उ0प्र0 लखनऊ।
- 4- भाषा (प्रकाशन) अनुभाग को 4 प्रतियों सहित।

आज्ञा से,

( अजय अग्रवाल )  
विशेष सचिव।

जी.एस.एस. फार्म संख्या-31

(यह प्रपत्र तीन प्रतियों में प्रेषित करना है)

सेवा में,

बीमा निदेशालय के प्रयोगार्थ  
दावा संख्या-

महोदय,

मैं उत्तर प्रदेश राज्य सरकार द्वारा लागू सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत सेवा निवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक/मृत अधिकारी/कर्मचारी का दावा निम्न प्रकार से प्रस्तुत करता हूँ :-

1. (अ) अधिकारी/कर्मचारी का नाम :- 1. (हिन्दी में) :.....  
2. (अंग्रेजी में) : .....  
(कैपिटल लेटर में)  
(ब) मोदाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित :-.....  
(स) पिता/पति का नाम :- : .....
2. पद नाम :- : .....
3. (क) जी०पी०एफ०खाता संख्या (यदि हो): .....  
(ख) एन०पी०एस० खाता संख्या (यदि हो): .....  
(ग) जी०पी०एफ०/एन०पी०एस० के अभाव में (NEW) अंकित किया जाय :.....
- 4 (अ) योजना से पृथक होने के समय का वेतन बैण्ड :- : .....  
(ब) योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे:- : .....  
(स) यदि ग्रेड पे रू० 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक :- : .....  
(द) समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक:- : .....  
(ध) समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक:- : .....
5. (क) विभाग :- : .....  
(ख) विभागाध्यक्ष :- : .....
6. जन्मतिथि :-  
(अ) अंको में :- : .....  
(ब) शब्दों में :- : .....
7. (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक:- : .....  
(ब) योजना में प्रवेश का दिनांक :- : .....
8. (अ) रू० 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(ब) रू० 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(स) रू० 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(त) रू० 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(थ) रू० 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(द) रू० 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(ध) रू० 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(न) रू० 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
(प) रू० 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक

9. 01 दिसम्बर, 2008 की स्थिति के अनुसार  
 (अ) ग्रेड पे 2800 तक रू0 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
 (ब) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक रू0 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक  
 (स) ग्रेड पे 5400 से अधिक रू0 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि.....से.....तक
10. सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि :- : .....
- (यदि लागू न हो तो (X) करें)
11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि :- : .....
- (यदि लागू न हो तो (X) करें)
12. सेवारत/सेवा से अन्यथा पृथक होने का कारण.....
13. अधिकारी/कर्मचारी विवाहित था अथवा अविवाहित:- : .....
14. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाय एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गया है तब अनुमति सम्बन्धी आदेश की प्रमाणित प्रति संलग्न की जाए। (यदि लागू न हो तो (X) करें)

	नाम	विवाह की तिथि	उत्पन्न संतानों के नाम	जन्म तिथि
पहली पत्नी				
दूसरी पत्नी				

15. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा उसके सेवाकाल में सामूहिक बीमा योजना संबंधी नामांकन पत्र भरा गया हो तो उसकी प्रमाणित प्रति संलग्न करें तथा नामित व्यक्ति/व्यक्तियों के सम्बन्ध में निम्न सूचनायें भी उपलब्ध करायें :-

क्रम संख्या	नामित व्यक्ति/ व्यक्तियों* के नाम	मृतक से सम्बन्ध	आयु/जन्म तिथि	प्रत्येक को देय अंश	संरक्षक का नाम (अवयस्क होने की दशा में)	नामितों में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो मृत्यु का दिनांक भी अंकित करें
1	2	3	4	5	6	7

\*यदि नामितों में कोई अवयस्क हो और नामांकन प्रपत्र में संरक्षक का नाम अंकित न हो तो प्राकृतिक संरक्षक की अनुपस्थिति में सक्षम न्यायालय द्वारा उसके नियुक्त किये गये संरक्षक के संबंध में जारी संरक्षकता प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति उपलब्ध करायें।

16. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा सामूहिक बीमा योजना संबंधी नामांकन पत्र न भरा गया हो तो अधिकारी की मृत्यु के दिनांक को शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये क्रमानुसार परिवार के सदस्यों की स्थिति स्पष्ट करें :-

क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	मृतक से सम्बन्ध	आयु/जन्म तिथि	विवाहित अथवा अविवाहित/विवाह की तिथि	यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरांत परिवार में से किसी की मृत्यु हो गयी हो तो उसकी मृत्यु तिथि भी अंकित करें
1	2	3	4	5	6

नोट :- संख्या (1) शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के अनुसार परिवार में निम्नलिखित सदस्य माने जायेंगे :-

संख्या (2) स्तम्भ-15 के कालम-5 में केवल पुत्रियों के मामले में यह स्पष्ट करें कि विवाहित हैं अथवा अविवाहित तथा विवाहित होने की स्थिति में पुत्री के विवाह की तिथि भी स्तम्भ-15 में ही दर्शायें।

1- पत्नी/पति (जैसी स्थिति हो)

2- पुत्रगण

3- अविवाहित तथा विधवा पुत्रियाँ (सौतेले तथा दत्तक पुत्र/पुत्रियाँ सहित)

4- भाई (18 वर्ष आयु से कम) तथा अविवाहित/विधवा बहनें (सौतेले भाई/बहनों सहित)

5- पिता तथा माता

6- विवाहिता पुत्रियाँ (सौतेली पुत्रियाँ सहित) तथा

7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व पुत्रियाँ।

उपर्युक्त शासनादेश का प्रस्तर-3 (ग) निम्न प्रकार है :-

3(ग) यदि किसी अधिकारी/कर्मचारी की नामांकन करने के पूर्व ही मृत्यु हो गयी हो तो सामूहिक बीमा योजना की धनराशि का भुगतान उसके परिवार के सदस्यों को स्पष्टीकरण संख्या 1 से 5 के अधीन निम्नलिखित क्रम में होना चाहिए :-

1- अधिकारी की पत्नी/पति, जैसी स्थिति हो

2- अवयस्क पुत्र तथा अविवाहित पुत्रियाँ

3- वयस्क पुत्र

4- माता व पिता

5- अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहनें

6- विवाहित पुत्रियाँ तथा

7- पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व अविवाहित पुत्रियाँ।



17. यदि अधिकारी/कर्मचारी के परिवार में स्तम्भ संख्या-16 में दर्शाया गया कोई सदस्य न हो और उसके द्वारा नामांकन भी न भरा गया हो तो सक्षम न्यायालय द्वारा घोषित उत्तराधिकारी/उत्तराधिकारियों का विवरण देते हुए उत्तराधिकार प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति संलग्न करें जिसमें सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत देय धनराशि वसूलने का उल्लेख किया गया हो:-

क्रम संख्या	घोषित उत्तराधिकारी/उत्तराधिकारियों का नाम	आयु/जन्म तिथि	देय अंश
1	2	3	4

18. लाभार्थी का निर्धारण :-

(कृपया जैसी स्थिति हो उसके सम्मुख (√) अंकित करें और जो लागू न हो उसे (X) कर दें)

(अ) सामूहिक बीमा योजना संबंधी भरे गये नामांकन प्रपत्र के अनुसार किया गया (स्तम्भ-14 के अनुसार).....

(ब) शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये व्यवस्थानुसार किया गया है (स्तम्भ-15 के अनुसार).....

(स) सक्षम न्यायालय द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण पत्र के अनुसार किया गया है (स्तम्भ-16 के अनुसार).....

19. लाभार्थी/लाभार्थियों का नाम :- : .....

20. मृतक से सम्बन्ध :- : .....

21. अवयस्क की स्थिति में उसके नियुक्त संरक्षक का नाम:- : .....

22. राष्ट्रीयकृत बैंक खाते का विवरण:-

(यदि एक से अधिक लाभार्थी हो तो सभी के बैंक खाते के विवरण अलग-अलग दिये जाये)

(क) बैंक खाता संख्या:- : .....

(ख) माइकर कोड संख्या:- : .....

(ग) बैंक का नाम :- : .....

(घ) शाखा :- : .....

(ङ) जिला :- : .....

23. अधिकारी/कर्मचारी/लाभग्रही के पत्र व्यवहार का पूर्ण पता (पिन कोड सहित) :- .....

1- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी अल्पकालीन रिक्तियों अथवा सीजनल कार्य के लिए नियुक्त नहीं था।

2- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी से सामूहिक बीमा योजना संबंधी कटौती योजना में प्रवेश की तिथि से निकलने की तिथि तक नियमित रूप से एवं निर्धारित दरों के अनुसार की गयी है।

3- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी का मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर लिया गया है तथा मृत्यु की तिथि का मिलान मृत्यु प्रमाण-पत्र से कर लिया गया है। मृत्यु प्रमाण-पत्र/नामांकन/उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र (जैसी स्थिति हो) की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न है। (यह प्रमाण पत्र मृत्यु के मामलों में ही लागू होगा)

4- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी के दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है और दिनांक 1.3.1994 से पूर्व तथा वर्तमान व्यवस्था के अनुसार अधिकारी/उसके लाभार्थी को देय सामूहिक बीमा धनराशि का भुगतान नहीं किया गया है।

5- प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी की जन्मतिथि का सत्यापन संबंधित अभिलेखों से कर लिया गया है।

6- मैं एतद्द्वारा पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित विवरण सही है और उक्त विवरणों के आधार पर दावे के भुगतान का आग्रह करता हूँ।

दिनांक :

स्थान :

बीमा निदेशालय के प्रयोगार्थ  
चेक सं.....दिनांक.....  
धनराशि.....द्वारा  
भुगतान स्वीकृत  
कृते निदेशक  
30प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,  
लखनऊ।

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी  
के हस्ताक्षर .....
- हस्ताक्षरकर्ता का नाम .....
- हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम .....
- कार्यालय की मोहर .....
- डी.डी.ओ. कोड संख्या.....
- ट्रेजरी कोड संख्या.....
- \*2. प्रतिहस्ताक्षर:-  
कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/शासन के संबंधित विभाग  
के हस्ताक्षर  
हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....
- हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम.....
- कार्यालय की मोहर.....

(\* रु 5400 से अधिक ग्रेड पे पाने वाले अधिकारियों हेतु लागू)

नोट :- ग्रेड पे रु0 5400 से अधिक प्राप्त करने वाले अधिकारियों के दावा प्रपत्रों में निर्धारित स्थान पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा नाम सहित समुह हस्ताक्षर किये जायेंगे। कार्यालयाध्यक्ष स्तर के नीचे के अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर, कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित कराकर तथा विभागाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के सामूहिक बीमा संबंधी दावे शासन के संबंधित विभाग द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ को प्रेषित किया जाना होगा। रु0 5400 एवं उस उससे कम ग्रेड पे के कर्मचारियों पर यह व्यवस्था पर लागू नहीं होगी।

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से संबंधित रिसीट)

सेवा में,

.....  
.....

(कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता)

महोदय,

मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत प्रस्तुत किये गये दावे के सम्बन्ध में रु0.....  
(शब्दों में).....की धनराशि का भुगतान चेक संख्या.....दिनांक  
.....द्वारा सधन्यवाद पाया।

दिनांक:

भवदीय,

(कर्मचारी/लाभग्रही के हस्ताक्षर)

नाम.....

पूर्ण पता.....