

प्रेषक,

डा० जे० पी० सिंह,
वित्त सचिव,
उत्तर प्रदेश शासन,

सेवा में,

उत्तर प्रदेश के समस्त विभागाध्यक्ष,
समस्त कोषाधिकारी तथा अन्य
समस्त प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष।

लखनऊ, दिनांक 29 अक्टूबर, 1984

विषय - दिनांक 1-3-1985 से राज्य सरकार द्वारा स्वयं संचालित सामूहिक बीमा योजना एवं बचत योजना में संशोधन।

महोदय

प्रदेश सरकार के अधीन सरकारी सेवकों के लिए दिनांक 1-3-1980 से वित्त विभाग द्वारा सामूहिक बीमा योजना चलाई जा रही है। भारत सरकार ने भी केन्द्रीय कर्मचारियों के लिये दिनांक 1-1-1982 से केन्द्रीय ग्रुप बीमा योजना लागू की है। राज्य सरकार के समूह "ग" व "घ" के कर्मचारियों का इन्श्योरेन्स कवर भारत सरकार के समूह "ग" व "घ" के कर्मचारियों से अधिक है परन्तु राज्य सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों का इन्श्योरेन्स कवर केन्द्र सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों से कम है। प्रदेश के अधिकारी सेवा संघ कुछ समय से यह मांग कर रहे थे कि समूह "क" व "ख" के अधिकारियों का इन्श्योरेन्स कवर केन्द्र सरकार की योजना की भांति केन्द्रीय सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों के कवर के बराबर कर दिया जाय। इस विषय पर सम्यक् विचारोपरांत यह निष्कर्ष निकाला गया कि जब राज्य सरकार के समूह "ग" व "घ" के कर्मचारियों का इन्श्योरेन्स कवर केन्द्र सरकार के समूह "ग" व "घ" के कर्मचारियों से अधिक है तो उस स्थिति में राज्य सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों का इन्श्योरेन्स कवर केन्द्र सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों के बराबर कर दिया जाना अब अनुपयुक्त न होगा। अतः यह निर्णय लिया गया कि 1 मार्च, 1985 से राज्य सरकार के समूह "क" व "ख" के अधिकारियों के लिए भारत सरकार की केन्द्रीय ग्रुप बीमा योजना के अनुरूप ही सामूहिक बीमा योजना संचालित की जाय। इस संशोधित योजना के अन्तर्गत समूह "क" व "ख" के अधिकारियों का मासिक अभिदान 1 मार्च, 1985 से ₹ 20 से बढ़कर क्रमशः ₹ 80 तथा ₹ 40 प्रतिमाह हो जायेगा। रुपये 80 में से रुपये 55 "बचत निधि" में तथा रुपये 25 "बीमा निधि" में जमा किये जायेंगे। इसी प्रकार रुपये 40 प्रतिमाह के अभिदान में रुपये 27.50 "बचत निधि" में तथा रुपये 12.50 "बीमा निधि" में जमा होंगे। "बचत निधि" में जमा धनराशि पर 11 प्रतिशत की दर से त्रैमासिक चक्रवृद्धि व्याज दिया जायगा और "बीमा निधि" में जमा धनराशि में उसी दर से व्याज दिया जायगा जिस दर से पोस्ट आफिस द्वारा सेविंग बैंक जिपाजिट पर दिया जाता है। शासन द्वारा इन अधिकारियों के अभिदानों पर किसी प्रकार का शासकीय अंशदान दय नहीं होगा। सेवारत मृत्यु की स्थिति में समूह "क" के अधिकारियों के लाभाधिक्यों को रुपये 80 हजार तथा समूह "ख" के लाभाधिक्यों को रुपये 40 हजार की धनराशि देय होगी, जिसका भुगतान "बीमा निधि" से किया जायेगा। इसके साथ ही मृत अधिकारियों की "बचत निधि" में जमा धनराशि व्याज सहित वापस की जायेगी। सेवानिवृत्ति अथवा सेवा से अन्यथा पृथक होने वाले अधिकारियों के मामलों में केवल उनको "बचत निधि" में जमा धनराशि व्याज सहित वापस की जायेगी।

2--समूह "क" व "ख" के समस्त अधिकारियों को वित्त (सामान्य) अनुभाग-3 के शासनादेश संख्या-सा-3-2105/दस-14/77-नामांकन, दिनांक 26 दिसम्बर, 1978 द्वारा निर्धारित प्रपत्र पर नामांकन भर करके तथा अपने कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित कराके एक प्रति बीमा निदेशालय को प्रेषित करनी होगी जहां पर उन्हें सुरक्षित रखा जायेगा। साथ ही अधिकारी की सेवा पुस्तिका में नामांकन पत्र की एक प्रति रखकर तदनुसार प्रविष्टि अंकित कर दी जायेगी।

3--सेवारत मृत्यु हो जाने पर नामांकन न भरने की स्थिति में दावों का भुगतान सक्षम न्यायालय द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण-पत्रों के आधार पर ही किया जायेगा। सेवारत मृत अधिकारियों के दावों के प्रेषण के साथ मृत्यु प्रमाण-पत्र अवश्य लगा होना चाहिये।

4--चूंकि उक्त संशोधित योजना 1 मार्च, 1985 से लागू की जायेगी अतः इस योजना के अन्तर्गत आने वाले अधिकारियों की 28-2-1985 तक "बचत निधि" में जो धनराशि जमा रहेगी उस पर वर्तमान दर से 6 प्रतिशत के अनुसार ही वार्षिक चक्रवृद्धि व्याज मिलता रहेगा और इसकी वापसी शासन के वर्तमान नियमों के अनुसार ही की जायेगी।

5--यदि समूह "ग" का कोई कर्मचारी समूह "ख" तथा समूह "ख" का कोई कर्मचारी समूह "क" में 1 मार्च, 1985 के पश्चात् पदोन्नत होता है तो उस पर पदोन्नत समूह के अभिदान की दर तथा इन्श्योरेन्स कवर अगली 1 मार्च से लागू होगी और तब तक पदोन्नति के पूर्व की आच्छादित दर व इन्श्योरेन्स कवर लागू होगी। अधिकारी को नियमित रूप से प्रत्येक माह अभिदान देना होगा और यदि किसी कारणवश अभिदान देने में देरी हो जाती है तो अभिदान 11 प्रतिशत चक्रवृद्धि की दर से व्याज सहित लिया जायगा। बकाया अभिदान अधिक से अधिक तीन किस्तों में वसूला जा सकता है।

6--उपर्युक्त योजना उत्तर प्रदेश संवर्ग के भारतीय प्रशासनिक सेवा, भारतीय पुलिस सेवा एवं भारतीय वन सेवा के उन अधिकारियों पर भी लागू होगी जिन्होंने अखिल भारतीय ग्रुप बीमा योजना की सदस्यता ग्रहण नहीं की है और प्रदेश सरकार की योजना का विकल्प बनाये रक्खा है। अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारी समूह "क" में आयेंगे। राज्य सरकार के 1 मार्च, 1985 से पूर्व कार्यरत पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों को छोड़कर शेष समस्त समूह "क" व "ख" के अधिकारियों पर यह योजना लागू होगी। पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों को वर्तमान में रु 40 का प्रतिमाह अभिदान लेकर रु 50,000 का इन्वयोरेंस कवर प्राप्त है। अतः 1 मार्च, 1985 के पूर्व कार्यरत पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों के लिये यह विकल्प होगा कि वह चाहें तो विकल्प देकर 1 मार्च, 1985 से लागू की जाने वाली उपर्युक्त योजना को अपना सकते हैं परन्तु यदि वह इसे अपनाते हैं तो उनका इन्वयोरेंस कवर जो वर्तमान में रु 50,000 है, से घटकर रु 40,000 हो जायेगा। इस शासनादेश द्वारा संशोधित योजना को अपनाने वाले पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों को शासनादेश के साथ संलग्न विकल्प पत्र पर अपना विकल्प देना होगा। संलग्न प्रारूप पर सम्बन्धित अधिकारियों का विकल्प इस शासनादेश के जारी होने की तिथि से 90 दिनों की अवधि के अन्दर (जारी होने की तिथि को सम्मिलित करते हुए), उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ को सीधे प्राप्त हो जाना चाहिये तथा इस विकल्प की एक प्रति पुलिस मुख्यालय, उत्तर प्रदेश, इलाहाबाद को भी भेजी जानी चाहिये। यदि यह विकल्प पत्र निर्धारित अवधि के अन्दर उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय को प्राप्त नहीं होता तो यह समझ लिया जायेगा कि संबंधित अधिकारी ने योजना के वर्तमान स्वरूप को ही अपनाये रक्खा है।

7--राज्य सरकार के समूह "क" में वह अधिकारीगण आयेंगे, जिनके वेतनमानों का अधिकतम प्रथम वेतन आयोग की संस्तुतियों के उपरांत स्वीकृत वेतनमानों में रुपये 1,200 से अधिक तथा द्वितीय वेतन आयोग की संस्तुतियों के उपरांत पुनरीक्षित वेतनमानों में रुपये 1,720 से अधिक है। समूह "क" में जाने वाले अधिकारियों को छोड़ कर शेष राज्य सरकार के सभी अधिकारी समूह "ख" में आयेंगे।

8--पुलिस विभाग को छोड़कर शेष विभागों के सेवानिवृत्त अधिकारियों के दावे संलग्न जी०आई०एस० फार्म संख्या 20 तथा 21 पर राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित किये जायेंगे। जी०आई०एस० फार्म संख्या 20 की रसीदी टिकट सभी एक प्रति तथा जी०आई०एस० फार्म संख्या-21 की तीन प्रतियों में दावे सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित किये जायेंगे। जी०आई०एस० फार्म संख्या-21 के द्वितीय पृष्ठ के सभी स्तम्भ सामूहिक बीमा निदेशालय द्वारा भरे जायेंगे परन्तु इस प्रपत्र पर कार्यालयाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर मोहर सहित अंकित होने चाहिये। इसी प्रकार पुलिस विभाग के अधिकारियों को छोड़कर शेष विभागों के सेवारत मृत अधिकारियों के दावे जी०आई०एस० फार्म संख्या-22 पर तीन प्रतियों में बीमा निदेशालय को प्रेषित किये जायेंगे। जी०आई०एस० फार्म संख्या-22 के द्वितीय पृष्ठ के सभी स्तम्भ राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय द्वारा भरे जायेंगे परन्तु इस प्रपत्र पर कार्यालयाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर, नाम, पदनाम व कार्यालय की मोहर अंकित होनी चाहिये।

पुलिस विभाग के सेवानिवृत्त एवं सेवारत मृत अधिकारियों के दावे जी०आई०एस० फार्म संख्या-23 पर तीन प्रतियों में बीमा निदेशालय को पुलिस मुख्यालय, उत्तर प्रदेश, इलाहाबाद के माध्यम से प्रस्तुत किये जायेंगे। जी०आई०एस० फार्म संख्या 23 के द्वितीय पृष्ठ के सभी स्तम्भ सामूहिक बीमा निदेशालय द्वारा भरे जायेंगे, परन्तु इस प्रपत्र पर भी कार्यालयाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर, हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पदनाम तथा कार्यालय की मोहर अंकित होनी चाहिये।

9--यह पुनः स्पष्ट करना है कि इस योजना से आच्छादित अधिकारियों की प्राप्तियों को लेखा शीर्षक--

"811--बीमा तथा पेंशन निधियां--

उत्तर प्रदेश राज्य सरकार कर्मचारी सामूहिक बीमा योजना--

(क) बीमा निधि--

(I) पुलिस विभाग के कर्मचारियों को छोड़कर शेष कर्मचारियों से प्राप्त धनराशि।

(II) पुलिस विभाग के कर्मचारियों से प्राप्त धनराशि।

(ख) बचत निधि--

(I) पुलिस विभाग के कर्मचारियों को छोड़कर शेष कर्मचारियों से प्राप्त धनराशि।

(II) पुलिस विभाग के कर्मचारियों से प्राप्त धनराशि"

के प्रसिद्ध पक्ष में जमा किया जायेगा। इस योजना के लागू होने के फलस्वरूप केन्द्रीय ग्रुप बीमा योजना के सदस्यों तथा राज्य सरकार के समूह "क" के अधिकारियों का अभिदान अब समान रूप से 80 रु हो गया है। अतः इस बात की संभावना बढ़ गयी है कि केन्द्रीय ग्रुप बीमा योजना से आच्छादित अधिकारियों तथा राज्य सरकार की उपर्युक्त योजना से आच्छादित अधिकारियों की कटौतियों गलत लेखा शीर्षक में वर्गीकृत हो जायं। अखिल भारतीय सेवाओं के जो अधिकारी केन्द्रीय ग्रुप बीमा योजना के सदस्य हैं या भविष्य में होंगे उनकी कटौतियां लेखा शीर्षक "858--उच्चत लेखे--अखिल भारतीय सेवा अधिकारी ग्रुप बीमा योजना अभिदान" के अन्तर्गत जमा की जायेगी। अतः इस ओर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है ताकि कटौतियों का गलत वर्गीकरण न हो।

10--इस शासनादेश के आदेशों और प्राविधानों की सीमा तक राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के संबंध में निर्गत समस्त शासनादेशों के प्राविधान और आदेश अतिक्रमित माने जायेंगे।

11--यह भी अनुरोध है कि इन आदेशों को अपने अधीनस्थ सर्व संबंधित को अवगत करा दें।
संलग्नक--उपरोक्तानुसार

(जी०आई०एस० फार्म संख्या--

20, 21, 22, 23 तथा विकल्प पत्र का प्रारूप)

भवदीय,
जे० पी० सिंह,
वित्त सचिव

पत्र-संख्या-बीमा-2627 (1)/दस-87/83, तद्दिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित—

- 1—सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 2—विधान सभा/विधान परिषद् सचिवालय।
- 3—श्रीराज्यपाल का सचिवालय।
- 4—कंट्रोलर आफ इन्श्योरन्स, भारत सरकार, वित्त मंत्रालय, (आर्थिक कार्य विभाग) बीमा प्रभाग, निर्वाचन सदन, अशोक रोड, नई दिल्ली।
- 5—भारत सरकार के गृह मंत्रालय, प्रशासनिक सुधार विभाग, नई दिल्ली, को 50 प्रतिरिक्त प्रतियों सहित।
- 6—भारत के नियंत्रक महालेखा परीक्षक, नई दिल्ली।
- 7—भारत के महालेखा नियंत्रक, भारत सरकार, वित्त मंत्रालय, (व्यय विभाग) लोक नायक भवन (8 बांसल) नई दिल्ली।
- 8—महालेखाकार-1, उत्तर प्रदेश, इलाहाबाद।
- 9—निदेशक, कोषागार एवं लेखा, उत्तर प्रदेश, 10 वीं मंजिल, जवाहर भवन, लखनऊ, को इस अनुरोध के साथ कि वह अपने स्तर से शासनादेश के अचूक अनुपालन हेतु समस्त कोषाधिकारियों को निर्देशित करने का कष्ट करें।
- 10—निदेशक, उत्तर प्रदेश राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, रायल होटल, बिल्डिंग, लखनऊ।
- 11—पुलिस महानिरीक्षक, उत्तर प्रदेश मुख्यालय, इलाहाबाद, को इस अनुरोध के साथ प्रेषित कि वह अपने स्तर से भी पुलिस विभाग के समूह 'ख' के अधिकारियों के विकल्प निर्धारित अवधि के अन्दर राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय को उपलब्ध कराने हेतु आदेश जारी करें और निर्धारित समय के अन्दर कार्यान्वयन सुनिश्चित करें।
- 12—गोपन अनुभाग-1 को उनके प्रशासकीय पत्र-संख्या-4/2/23/84-सी० एम्स० (1), दिनांक 21-8-84 के संदर्भ में।

आज्ञा से;
जे० बी० सिंह,
संयुक्त निदेशक।

(केवल आसाम प्रदेश संख्या-बीमा-2627/दण-87-83, दिनांक, 29-10-84 से आरम्भित अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)

जी०आई०एस० फार्म संख्या 20

(केवल अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)

सेवा में,

महोदय,

मै उत्तर प्रदेश राज्य सरकार के कर्मचारियों के लिये न्यूनतम सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत अपना दावा निम्न प्रकार प्रस्तुत करता/करती हूँ:-

1—(अ) अधिकारी का नाम

(ब) पिता का नाम

2—पद तथा वेतनमान

3—नियुक्ति का स्थान व पता

4—जन्म तिथि

5—(क) सेवा में नियुक्ति का दिनांक

(ख) योजना में प्रवेश का दिनांक

(ग) रु० 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि

से

तक

(घ) रु० 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि

से

तक

(च) रु० 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि

से

तक

(छ) रु० 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि

से

तक

6—निर्गमन का कारण

सेवा निवृत्त/त्याग-पत्र/सेवा समाप्ति

7—सेवा के निर्गमन का दिनांक

8—लाभग्राही का (अ) नाम

(ब) पता

(स) सम्बन्ध

मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ/करती हूँ कि उक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है।

उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा अंकन

(रूपया)

दिनांक

स्थान

गवाह

20 पैसे का रसीदी टिकट

हस्ताक्षर

अधिकारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर

नाम

पता

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी व विश्वास के अनुसार सही है।

कार्यालयाध्यक्ष/आहरण वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर—

स्थान

पता

हस्ताक्षरकर्ता का नाम-----

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम-----

कार्यालय की मोहर-----

(केवल शासनादेश संख्या बीमा-2627/दस-87/83, दिनांक 29-10-84 के प्राणजित्त अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)
जी० आई० सी० फार्म संख्या-21

(प्रथम पृष्ठ)

उत्तर प्रदेश राज्य सरकार के अधिकारियों के लिये बचत नय सामूहिक बीमा योजना

यह प्रपत्र तीन प्रतियों में सभी स्तम्भों को कार्यालय/आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा भर कर सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित करना है।

1--अधिकारी का नाम

2--पदनाम तथा वेतनमान

3--पता

4--निवृत्ति के स्थान का पता

5--जन्म-तिथि सेवा अभिलेखों के अनुसार

6--सेवा में प्रवेश करने की तिथि

7--योजना में प्रवेश करने की तिथि:

8--अभिदान देने की अवधि:

(क) ₹ 0 10 प्रतिमाह की दर से

से

तक

(ख) ₹ 0 20 प्रतिमाह की दर से

से

तक

(ग) ₹ 0 40 प्रतिमाह की दर से

से

तक

(घ) ₹ 0 80 प्रतिमाह की दर से

से

तक

9--योजना से निकलने की तिथि

10--योजना से निकलने का कारण

11--लाभग्राही का नाम

पता

सम्बन्ध

हम एतद्वारा पुष्टि करते हैं कि उक्त विवरण सही है और शासन से उक्त विवरण के आधार पर दावे के भुगतान जांच करते हैं। उक्त लाभग्राही/लाभग्राहियों के नाम दावे का चेक दिया जावे। हम यह भी पुष्टि करते हैं कि उक्त दावे का प्रपत्र तथा भुगतान इसके पहले कभी प्रेषित नहीं किया गया।

स्थान-----

कार्यालय/आहरण वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर-----

दिनांक-----

हस्ताक्षरकर्ता का नाम-----

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम-----

कार्यालय की मोहर-----

क्रम- संख्या	लाभार्थी का नाम	माह और वर्ष प्रवेश का	वर्ष निकालने का	अभिदान की संख्या	बचत निधि में जमा बनराशि ब्याज सहित	बचत निधि में जमा बनराशि में अभिलिखित दिवांगतों को	बीमा	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9

हम एच.ए.ए. द्वारा शासन से रु 0
श्रीर डिपॉजिट (बचत) योजना के अनुसूचित दिनांक
अनुसार प्राप्ति स्वीकार करते हैं।

(सपना) की बनराशि जो बीमा बनराशि
के अन्तर्गत देय हुई, पूर्ण संतोष सहित दावों के उद्देश्य दिक्करण,

कार्यालय,
अक्षरण न. दिक्करण अधिकारी के हस्ताक्षर तथा
मोहर।

केवल शासनादेश संख्या-बीमा 2627/दस-87-83, दिनांक 29-10-84 से आकाशित अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु
अति.आ.ई.० ए.ए.० फार्म संख्या--22

(प्रथम पृष्ठ)

(यह प्रपत्र तीन प्रतिबों में सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित करना है)

(केवल मृत अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)

सेवा में,

निदेशक,

राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय,
उ० प्र० लखनऊ।

महोदय,

मैं उत्तर प्रदेश राज्य सरकार के कर्मचारियों के लिये सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत मृत अधिकारी का दावा निम्न प्रकार प्रस्तुत करता हूँ:--

1--(अ) अधिकारी का नाम

(ब) पिता/पति का नाम

2--मृत्यु के समय:--

(अ) पद

(ब) वेतनमान

(स) विभाग तथा विभागाध्यक्ष

3--जन्म तिथि

4--(क) सेवा में नियुक्ति का दिनांक

(ख) योजना में प्रवेश का दिनांक

(ग) ₹ 0 10 प्रतिमाह अमिदान देने की अवधि

से

तक

(घ) ₹ 0 20 प्रतिमाह अमिदान देने की अवधि

से

तक

(ङ) ₹ 0 40 प्रतिमाह अमिदान देने की अवधि

से

तक

(च) ₹ 0 80 प्रतिमाह अमिदान देने की अवधि

से

तक

5--मृत्यु की तिथि

6--मृत्यु का कारण

7--मृत्यु की स्थिति में लाभग्राही

(अ) नाम

(ब) पता

(स) मृतक से संबंध

1--मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित विवरण सही है और शासन से उक्त विवरण के आधार पर दावे के मुगतान का आग्रह करता हूँ।

2--मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित मृत अधिकारी का मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर लिया गया है तथा मृत्यु की ऊपर अंकित तिथि का मिलान प्रमाण-पत्र से कर लिया गया है। मृत्यु प्रमाण-पत्र, नमांकन/उत्तराधिकारी की प्रमाणित प्रतिलिपियां दावे के साथ संलग्न हैं।

3--उक्त दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है। इससे पूर्व दावा भारतीय जीवन बीमा निगम अथवा सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित नहीं किया गया है।

4--मैं यह भी आश्चर्य करता हूँ कि मुगतान प्राप्त होने पर लाभग्राही से रसीद स्टैम्प लगी मुगतान की धनराशि की प्राप्ति रसीद प्राप्त कर लूंगा और इसकी सूचना सामूहिक बीमा निदेशालय को रसीद प्राप्ति के तीन दिन के अन्दर प्रेषित कर दूंगा।

कार्यालयाध्यक्ष /

दिनांक

आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर

स्थान

हस्ताक्षरकर्ता का नाम

*गवाह के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम

गवाह का नाम

कार्यालय की मोहर

गवाह का पद नाम

* (गवाह के स्थान पर कार्यालय के उस अधिकारी के हस्ताक्षर करायें जाये जिसने इस फार्म को भरा हो)

जी०आई० ०एच०० फार्म संख्या—22

स्वयं बीमा निदेशालय द्वारा भरे जावे

(द्वितीय पृष्ठ)

अधिकारी का नाम	माह और वर्ष		अभिदान की संख्या	बीमा बनराशि	बचत निधि में जमा बनराशि ब्याज सहित	योग	टिप्पणी
	प्रवेश का	निकालने का					
1	2	3	4	5	6	7	8

हम शतद्वारा शासन से रु०

(रु०

)की बनराशि, जो बीमा बनराशि

और डिपॉजिट (बचत) योजना के अन्तर्गत देय व मांग हुई पूर्ण संतोष सहित दावों के उक्त विवरण अनुसार प्राप्त स्वीकार करते हैं।

कार्यालयाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी के

हस्ताक्षर—

हस्ताक्षरकर्ता का नाम—

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम—

कार्यालय की मोहर

(केवल शासनादेश संख्या-बीमा-2627/वस-87-83, दिनांक 29-10-84 से आच्छादित अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)

जी० आई० एस०-फार्म संख्या-23

(प्रथम पृष्ठ)

(केवल पुलिस विभाग के अधिकारियों के दावों के प्रेषण हेतु)

सेवा में,

महोदय;

मैं उत्तर प्रदेश सरकार के कर्मचारियों के लिये बचतमय सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत निम्न प्रकार प्रस्तुत करता/करती हूँ:--

- 1--(अ) अधिकारी का नाम
- (ख) पिता का नाम
- 2--पद तथा वेतनमान
- 3--नियुक्ति का स्थान व पता
- 4--(क) सेवा में नियुक्ति का दिनांक
- (ख) योजना में प्रवेश का दिनांक
- (ग) ₹ 0 5 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि से तक
- (घ) ₹ 0 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि से तक
- (ङ) ₹ 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि से तक
- (च) ₹ 0 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि से तक
- (ज) ₹ 0 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि से तक

5--जन्म तिथि

6--क्या अधिकारी दिनांक 1-3-85 के पूर्व समूह "ख" का अधिकारी था

हां/नहीं

7--यदि हां, तो क्या उसने दिनांक 1-3-85 से संशोधित केन्द्रीय सरकार की योजना की भांति संचालित राज्य सरकार की योजना की सदस्यता ग्रहण करने के लिये विकल्प दिया है।

हां/नहीं

8--क्या अधिकारी निर्गमन के समय सेवा में था

हां/नहीं

9--निर्गमन का कारण मृत्यु/सेवा निवृत्ति/त्याग पत्र/सेवा समाप्ति

10--मृत्यु का कारण

11--सेवा से निर्गमन का दिनांक

12--मृत्यु की तिथि

13--मृत्यु की स्थिति में लाभग्राही का--

(अ) नाम

(ब) पता]

(स) सम्बन्ध

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

2--मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि ऊपर अंकित मृत अधिकारी का मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर लिया गया है तथा मृत्यु की ऊपर अंकित तिथि का मिलान मृत्यु प्रमाण-पत्र से कर लिया गया है। मृत्यु प्रमाण-पत्र एवं नामांकन/उत्तराधिकार* प्रमाण-पत्र की प्रमाणित प्रतिलिपियां दावे के साथ प्रेषित हैं।

3--उक्त दावे का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है। इसे पूर्व मृतक द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम अथवा सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित नहीं किया गया है।

4--मैं यह भी आश्वस्त करता हूँ कि भुगतान प्राप्त होने पर लाभग्राही से रसीदी स्टैम्पस भुगतान की घनराशि की प्राप्ति रसीद प्राप्त कर लूंगा और इसकी सूचना सामूहिक बीमा निदेशालय को रसीद प्राप्ति के तीन दिनों के अन्दर प्रेषित कर दूंगा।

कार्यालय/मोहर एवं विकल्प अधिकारी के हस्ताक्षर

दिनांक

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम

स्थान

कार्यालय की मोहर

**गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का नाम

गवाह का पद नाम

(**गवाह के स्थान पर कार्यालय के उस अधिकारी के हस्ताक्षर करावें जायें जिसने इस फार्म को भरा हो)

(*जो लागू न हो उसे काट दिया जाय।)

उत्तर प्रदेश पुलिस मुख्यालय, इलाहाबाद।

संख्या

दिनांक

संयुक्त निदेशक, उ० प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, अफसरों को सूचित करते हुए मैं पूर्ण ज्ञान एवं विश्वास के साथ प्रमाणित करता हूँ कि उल्लिखित कथन पूर्ण रूप से सही है।

ब्राह्म है।

४०

बीमा धन व अन्तिम लाभ के रूप में रु०

का दावा

पुलिस महानिरीक्षक,
उत्तर प्रदेश पुलिस मुख्यालय, इलाहाबाद;
कार्यालय मोहर।

बी० आई० ए० सी० फार्म संख्या-23

स्तम्भ बीमा निदेशालय द्वारा धरे जाके

(द्वितीय पृष्ठ)

अधिकारी का नाम	माह और वर्ष		जमिंदार की संख्या	बीमा धनराशि	बचत निधि में जमा धनराशि व्यय सहित	वैय	टिप्पणी
	प्रवेश का	निकासने का					
1	2	3	4	5	6	7	8

हम एत द्वारा शासन से रु० (रु०) की धनराशि जो बीमा धनराशि और डिपॉजिट (बचत) योजना के अंतर्गत देय माने हुई, पूर्ण संतोष सहित सबों के उक्त विवरण अनुसार प्राप्त स्वीकार करते हैं।

कार्यालय/नाहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम

कार्यालय की मोहर

होगी
प्रत्येक माह
चक्रवृत्ति की दर से

शासनादेश संख्या बीमा-2627/दस-87-83, दिनांक 29-10-84 से आच्छादित पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों द्वारा दिये गये विकल्प प्रपत्र का प्रारूप

विकल्प पत्र का प्रारूप

(समूह "ख" के उन अधिकारियों के लिये जो 1-3-1985 से सामूहिक बीमा योजना अपनाना चाहते हैं।)

मैं _____ वित्त (बीमा) अनुभाग के शासनादेश संख्या 2627/दस-87-83, दिनांक 29-10-1984 द्वारा पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों के लिये 1-3-1985 से संशोधित सामूहिक बीमा योजना एवं बचत योजना को अपनाना चाहता हूँ।

मैं स्पष्ट रूप से समझता हूँ कि यह विकल्प अन्तिम और अपरिवर्तनीय है।

अधिकारी के हस्ताक्षर _____

अधिकारी का नाम _____

अधिकारी का पद नाम _____

मोहर _____

शासनादेश संख्या बीमा-2627/दस-87-83, दिनांक 29-10-1984 से आच्छादित पुलिस विभाग के समूह "ख" के अधिकारियों द्वारा दिये गये विकल्प प्रपत्र का प्रारूप।

विकल्प पत्र का प्रारूप

(पुलिस विभाग के समूह "ख" के उन अधिकारियों के लिये जिन्होंने दिनांक 1-3-1985 से लागू की जाने वाली सामूहिक बीमा एवं बचत योजना नहीं अपनाया है।)

मैं _____ वित्त (बीमा) अनुभाग के शासनादेश संख्या बीमा-2627/दस-87-83, दिनांक 29-10-1984 द्वारा पुलिस राजपत्रित अधिकारी के लिये लागू वर्तमान सामूहिक बीमा योजना में बना रहना चाहता हूँ, जिसके अनुसार सेवार्त मृत्यु की स्थिति में ₹ 50,000 का ही इश्योरेंस कवर बना रहेगा।

मैं यह स्पष्ट रूप से समझता हूँ कि यह विकल्प अन्तिम और अपरिवर्तनीय है।

अधिकारी के हस्ताक्षर _____

अधिकारी का नाम _____

अधिकारी का पद नाम _____

मोहर _____

