

प्रेषक,

वृन्दा सरूप,  
प्रमुख सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

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

वित्त (सेवार्ये) अनुभाग-1

लखनऊ: दिनांक 13 जून, 2011

**विषय:-** राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के दावा प्रपत्रों का संशोधन।

महोदय,

उपर्युक्त विषय पर शासनादेश संख्या-बीमा-2084/दस-87-10/1987, दिनांक 31 जुलाई, 1987 के क्रम में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि सेवानिवृत्ति तथा सेवारत अवस्था के मृत कर्मचारियों/अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना के अन्तर्गत दावा प्रस्तुत करने के लिये शासन द्वारा उक्त शासनादेश के द्वारा जी0आई0एस0 प्रपत्र संख्या-26 एवं 27 निर्धारित किये जाने का निर्णय लिया गया था।

2- वर्तमान व्यवस्था के अनुसार सेवानिवृत्त अथवा सेवा से अन्यथा पृथक होने वाले कर्मचारियों/अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना के दावों को प्राप्त करने हेतु संबंधित सरकारी सेवक के कार्यालय के आहरण वितरण अधिकारी को भुगतान हेतु जी0आई0एस0 प्रपत्र संख्या-26 पर प्रविष्टियाँ पूर्ण करके बीमा निदेशालय/संबंधित जिले के कोषागारों को प्रस्तुत करना होता है। इसी प्रकार सेवारत अवस्था में मृत सरकारी सेवकों के दावों को प्राप्त करने हेतु जी0आई0एस0 प्रपत्र संख्या-27 पर प्रविष्टियाँ पूर्ण करके संबंधित आहरण वितरण अधिकारी द्वारा बीमा निदेशालय/संबंधित जिले के कोषागारों को प्रस्तुत किया जाता है।

3- उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अन्तर्गत कतिपय महत्वपूर्ण संशोधन/परिवर्तन किये जा चुके हैं तथा सरकारी सेवक/लाभार्थी से संबंधित कई महत्वपूर्ण सूचनाओं की आवश्यकता रहती है, जैसे सरकारी सेवक/लाभार्थी का किसी राष्ट्रीयकृत बैंक में खोला गया बचत खाता संख्या से संबंधित पूर्ण विवरण, सरकारी सेवक का जी0पी0एफ0/एन0पी0एस0 खाता संख्या इत्यादि। उल्लेखनीय है कि दिनांक 01-12-2008 से उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा एवं बचत योजना का वर्गीकरण सरकारी सेवकों को अनुमन्य ग्रेड पे पर आधारित हो गया है।

4- अतः शासन द्वारा सम्यक, विचारोंपरान्त यह निर्णय लिया गया है कि अब सेवानिवृत्त अथवा सेवा से अन्यथा पृथक होने वाले अथवा सेवारत अवस्था में मृत सरकारी सेवकों के दावों के भुगतान हेतु जी0आई0एस0 प्रपत्र संख्या-31 पर संबंधित कार्यालय/विभाग द्वारा आवश्यक प्रविष्टियों (जो लागू न हो उन्हें काटते हुये ) पूर्ण करके बीमा निदेशालय/जिले के कोषागारों (यथास्थिति) को भेजे जायें।

5- उपर्युक्त व्यवस्था दिनांक 01 जून, 2011 से लागू होगी परन्तु यदि किसी कारणवश प्रस्तर-1 के उल्लिखित शासनादेश में निर्धारित प्रपत्रों में दावे प्रस्तुत किये जाते हैं तो ऐसे दावे दिनांक 30 नवम्बर, 2011 तक मान्य होंगे और उन्हें इस आधार पर अस्वीकृत अथवा आपत्ति लगाकर नहीं लौटाया जायगा कि दावा निर्धारित प्रपत्र पर नहीं है।

6- दिनांक 01 दिसम्बर, 2011 को अथवा उसके उपरान्त प्रस्तुत किये जाने वाले दावे इस शासनादेश के साथ निर्धारित प्रपत्रों में ही स्वीकार किये जायेंगे।

**संलग्नक: जी0आई0एस0 प्रपत्र सं0-31**

भवदीया,

( वृन्दा जसरूप )  
प्रमुख सचिव।

**संख्या-एस0ई0-401(1)/दस-11 तददिनांक**

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- 1- समस्त प्रमुख सचिव/सचिव, उत्तर प्रदेश शासन, लखनऊ।
- 2- सचिवालय के समस्त अनुभाग।
- 3- श्री राज्यपाल का सचिवालय।
- 4- विधान परिषद/विधान सभा सचिवालय।
- 5- निदेशक, कोषागार, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
- 6- निदेशक, उ0प्र0 राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ।
- 7- भाषा (प्रकाशन) अनुभाग।
- 8- तकनीकी निदेशक, एन0आई0सी0, राज्य इकाई, उ0प्र0, 6वें तल, योजना भवन लखनऊ।

आज्ञा से,

( अजय अग्रवाल )  
विशेष सचिव।

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) मोबाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित :-.....
- (स) पिता/पति का नाम :- : .....
2. पद नाम :- : .....
3. (क) जी०पी०एफ० खाता 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	उनसे 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 दिनोंक को शासनादेश संख्या-बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनोंक 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, दिनोंक 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 पुत्रियों (सौतेले तथा दत्तक पुत्र/पुत्रियों सहित)

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

5- पिता तथा माता

6- विवाहिता पुत्रियों (सौतेली पुत्रियों सहित) तथा

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

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 पुत्रियों

3- वयस्क पुत्र

4- माता व पिता

5- अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहनें

6- विवाहित पुत्रियों तथा

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

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 जायें)

(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  
उ0प्र0 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 समुहर 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 रसीट)

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.....