

सेवा में,

अपर निदेशक,  
शिविर कार्यालय  
कोषागार निदेशालय, उत्तर प्रदेश  
नवीन कोषागार भवन, प्रथम तल  
कचहरी रोड, इलाहाबाद।

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)      | : नन्द लाल |
| 2- | (अंग्रेजी में)    | : NAND LAL |
|    | (कैपिटल लैटर में) |            |
- (ब) मोबाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित
- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|   |  | : 9451572506                     |
|   |  | : 8299571211                     |
| (स) पिता/पति का नाम                                       |  | : श्री रमा शंकर आर्य             |
| 2- (अ) पद नाम   |  | : जनपद न्यायाधीश,                |
| (ब) राजपत्रित/अराजपत्रित                                  |  | : राजपत्रित                      |
| (स) राजपत्रित की स्थिति में                               |  | :                                |
| (1) समूह 'ख' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक         |  | : 01.08.1986                     |
| (2) समूह 'क' के पद पर नियुक्ति/पदोन्नति का दिनांक         |  | : 18.09.1996                     |
| 3- (क) जी०पी०एफ० खाता संख्या (यदि हो)                     |  | : LJU 15563                      |
| (ख) एन०पी०एस० खाता संख्या (यदि हो)                        |  | : N.A.                           |
| (ग) जी०पी०एस०/एन०पी०एस० के अभाव में (new) अंकित किया जाये |  | : N.A.                           |
| 4- (अ) योजना से पृथक होने के समय का वेतनमान               |  | : ₹ 70290-76450                  |
| (ब) योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे                 |  | : N.A.                           |
| (स) यदि ग्रेड पे ₹ 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक     |  | : N.A.                           |
| (द) समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक                 |  | : 01.08.1986                     |
| (ध) समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक                 |  | : 01.08.1991                     |
| 5- (क) विभाग  |  | : न्याय विभाग                    |
| (ख) विभागाध्यक्ष  |  | : माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद |
| 6- जन्म तिथि -  |  |                                  |
| (क) अंकों में   |  | : 17.11.1960                     |
| (ब) शब्दों में  |  | : सत्रह नवम्बर सन् उन्नीस सौ साठ |
| 7- (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक                        |  | : 01.08.1986                     |
| (ब) योजना में प्रवेश का दिनांक                            |  | : 01.08.1986                     |
| 8- (अ) ₹ 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                  |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (ब) ₹ 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (स) ₹ 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (त) ₹ 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (थ) ₹ 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (द) ₹ 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : 01.08.1986 से 28.02.1990 तक    |
| (ध) ₹ 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : 01.03.1990 से 31.07.1991 तक    |
| (न) ₹ 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                     |  | : ..... X .....से..... X .....तक |
| (प) ₹ 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि                    |  | : 01.08.1991 से 31.05.2011 तक*   |

\*दिनांक 01.08.1991 से 28.02.1993 तक ₹ 60/- की दर से कटौती हुयी थी। शेष धनराशि ₹ 60/- की दर से कुल ₹ 1140/- की कटौती माह सितम्बर 2020 के वेतन से की गयी है जिसका Tr.Vr.No.- 37ए दिनांकित 30.09.2020 है जो समायोजित हुई है।

9- 01 दिसम्बर, 2008 की स्थिति के अनुसार

(अ) ग्रेड पे 2800 तक रू0 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि : .....X.....से..... X.....तक

(ब) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक रू0 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि : .....X.....से..... X.....तक

(स) ग्रेड पे 5400 से अधिक रू0 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि : 01.06.2011 से 30.11.2020 तक\*

\*दिनांक 01.06.2011 से 31.07.2011 तक रू0 120/- की दर से कटौती हुयी थी। शेष धनराशि रू0 280/- की दर से कुल रू0 560/- की कटौती माह सितम्बर 2020 के वेतन से की गयी है जिसका Tr.Vr.No.- 37ए दिनांकित 30.09.2020 है जो समायोजित हुई है। इसके अतिरिक्त माह अक्टूबर 2020 व नवम्बर 2020 हेतु कटौती माह अक्टूबर 2020 के वेतन से की गयी जिसका Tr.Vr.No.- 01ए दिनांकित 03.11.2020 है।

10- सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि

(यदि लागू न हो तो (x) करें)

: 30.11.2020 अधिवर्षता पर सेवानिवृत्त

11- सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि (यदि लागू न हो तो (x) करें)

: N.A.

12- सेवारत/सेवा से अन्यथा में प्रथक होने का कारण

: N.A.

13- अधिकारी/कर्मचारी विवाहित था अथवा अविवाहित

: विवाहित

14- यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाये एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गया है तब अनुमति सम्बन्धी आदेश की प्रमाणित प्रति संलग्न की जाए। (यदि लागू न हो तो (ग) करें) **लागू नहीं**

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

15- यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा उनके सेवा काल 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 संबन्ध	आयु/जन्म तिथि	प्रत्येक को देय अंश	संरक्षक का नाम(वयस्क 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
X	X	X	X	X	X	X

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 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 संबन्ध	आयु/जन्म तिथि	विवाहित अथवा अविवाहित/विवाह की तिथि	यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरान्त परिवार में से किसी की मृत्यु तिथि भी अंकित करें
1	2	3	4	5	6
X	X	X	X	X	X

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 है 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) X

2. पुत्रगण X

3. अविवाहित तथा विधवा पुत्रियाँ (सौतेले तथा दत्तकपुत्र/पुत्रियाँ सहित) X

4. भाई (18 वर्ष आयु से कम) तथा अविवाहित/विधवा बहनें (सौतेले भाई/बहनों सहित) X
5. पिता तथा माता X
6. विवाहिता पुत्रियाँ (सौतेली पुत्रियों सहित) तथा X
7. पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व पुत्रियाँ। X

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 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 X
2. अवयस्क पुत्र तथा अविवाहित पुत्रियाँ X
3. वयस्क पुत्र X
4. माता व पिता X
5. अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहनें X
6. विवाहित पुत्रियाँ तथा X
7. पहले मृतक हो चुके पुत्रों के पुत्र व अविवाहित पुत्रियाँ X

- 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
	X	X	X

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

19. लाभार्थी/लाभार्थियों का नाम :- श्री नन्द लाल

20. मृतक से सम्बन्ध :- :.....N.A.....

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

22. राष्ट्रीयकृत बैंक खाते का विवरण :- भारतीय स्टेट बैंक, शाखा पहड़िया(राजा का दरवाजा), वाराणसी, उ0प्र0।

{SBI, Branch Pahadiya (Raja-ka Darwaja), Varanasi, U.P}

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

(क) बैंक खाता संख्या :- 30104249810

(ख) माइकर कोड संख्या :- 221002011

(ग) बैंक का नाम :- भारतीय स्टेट बैंक,

(घ) शाखा :- शाखा पहड़िया(राजा का दरवाजा), वाराणसी।

(ङ) जिला :- वाराणसी।

23. अधिकारी/कर्मचारी/लाभग्रही के पत्र व्यवहार का पूर्ण पता (पिन कोड सहित) 01-बी-13, आवास विकास कालोनी, पाण्डेयपुर, वाराणसी, उ0प्र0 पिन कोड-221405

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 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 01.03.1994 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 जन्म तिथि का सत्यापन सम्बन्धित अभिलेखों से कर लिया गया है।

6. मैं एतद्वारा 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

**सक्षम अधिकारी**

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी

के हस्ताक्षर .....

हस्ताक्षरकर्ता का नाम—

(नन्द लाल)

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम— जनपद न्यायाधीश, इटावा।

कार्यालय की मोहर.....

डी0डी0ओ0 कोड संख्या— 4031

ट्रेजरी कोड— 19

\*2. प्रतिहस्ताक्षर :-

कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/शासन के संबंधित विभाग के हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का नाम

हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम

कार्यालय की मोहर .....

(\*समूह क श्रेणी के अधिकारियों हेतु लागू)

**नोट :-** ग्रेड पे रू0 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। रू0 5400 एवं 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 रू0 .....  
.....(शब्दों में).....की धनराशि का भुगतान चेक संख्या.....दिनांक.....  
.....द्वारा सधन्यवाद पाया।

दिनांक :

भवदीय,

नाम :- नन्द लाल

पूर्ण पता— 01-बी-13, आवास

विकास कालोनी, पाण्डेयपुर,

वाराणसी, उ0प्र0 पिन कोड—221405