

सेवा में,

महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
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। **देवेन्द्र सिंह**

2. |अंग्रेजी में। **DAVENDRA SINGH**

|कैपिटल लेटर में।

|ब। मोबाइल सं० या दूरभाष सं० एस०टी०डी० कोड सहित:- **9140912885**

|स। पिता/पति का नाम :- **स्व० रूप सिंह**

2. |अ। पदनाम :-

**जनपद न्यायाधीश, श्रावस्ती**

|ब। राजपत्रित/अराजपत्रित:-

**राजपत्रित**

|स। राजपत्रित की स्थिति में:-

1। समूह 'ख' के पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का दिनांक:-

2। समूह 'क' के पद पर नियुक्ति /प्रोन्नति का दिनांक:- **17.01.2011**

3. |क। जी०पी०एफ० खाता संख्या |यदि हो। **X**

|ख। एन०पी०एस० खाता संख्या |यदि हो। **110062056863**

|ग। जी०पी०एफ०/एन०पी०एस० के अभाव में |NEW| अंकित किया जाय:.....X.....

4. |अ। योजना से पृथक होने के समय का वेतन बैण्ड :- **199100-224100**

|ब। योजना से पृथक होने के समय का ग्रेड पे :-**Pay matrix J-7**

|स। यदि ग्रेड पे रू० 6600 प्राप्त हुआ हो तो उसका दिनांक :-.....X.....

|द। समूह 'ख' के वेतनमान में आने का दिनांक :-

|थ। समूह 'क' के वेतनमान में आने का दिनांक :-

**17.01.2011**

5. |क। विभाग :-

**न्याय विभाग**

|ख। विभागाध्यक्ष :-

**महानिबन्धक,माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद**

6. जन्मतिथि :-

|अ। अंको में :-

**15-07-1964**

|ब। शब्दों में :-

**पन्द्रह जुलाई सन् उन्नीस सौ चौंसठ**

7. |अ। सेवा में नियुक्ति का दिनांक :-

**15-01-2011**

|ब। योजना में प्रवेश का दिनांक :-

**15-01-2011**

8. |अ। रू० 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक

*Asingh*  
31.07.11

- ।ब। रू0 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।स। रू0 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।त। रू0 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।थ। रू0 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।द। रू0 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।ध। रू0 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।न। रू0 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि .....X.....से.....X.....तक  
।प। रू0 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि **जनवरी – 2011 से मई – 2011**

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—**जून-2011 से जुलाई-2024**

10. सेवानिवृत्त/सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि :- सेवानिवृत्ति तिथि दि0 **31-07-2024**

।यदि लागू न हो तो (x) करें।

11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि :- .....X.....

।यदि लागू न हो तो (x) करें।

12. सेवारत/सेवा से अन्यथा पृथक होने का कारण:- **सेवानिवृत्ति। अधिवर्षता।**

13. अधिकारी/कर्मचारी विवाहित था अथवा अविवाहित:- **विवाहित**

14. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा एक से अधिक विवाह किया गया हो तो निम्न विवरण दिया जाय एवं यदि दूसरा विवाह अनुमति से किया गा 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	X.	X.	X.	X.

15. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा उसके सेवाकाल में सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी 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
X	X	X	X	X	X	X

*Sumit*  
31-07-24

\* 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 सम्बन्ध में जारी संरक्षकता प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति उपलब्ध कराये।

16. यदि अधिकारी/कर्मचारी द्वारा सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी नामांकन पत्र न भरा गया तो 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
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 दर्शाये।

1-पत्नी/पति। जैसी स्थिति हो।

2-पुत्रगण

3-अविवाहित तथा विधवा पुत्रियां। सौतेले तथा दत्तक पुत्र/पुत्रियां सहित।

4-भाई। 18 वर्ष आयु से कम। तथा अविवाहित/विधवा बहनें। सौतेले भाई/बहनों।

5-पिता तथा माता

6-विवाहिता पुत्रियां। सौतेली पुत्रियों 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 पुत्रियां

3-वयस्क पुत्र

4-माता व पिता

5-अवयस्क भाई तथा अविवाहित बहने

6-विवाहित पुत्रियां 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 घेषित उत्तराधिकारी/उत्तराधिकारियों का विवरण देने

*Amul*  
31.07.24

हुए उत्तराधिकार प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति संलग्न करें जिसमें सामूहिक बीमा योजना के अंतर्गत 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	X

18. लाभार्थी का निर्धारण:-

।कृपया जैसी स्थिति हो उसके सम्मुख ।। अंकित करें और जो लागू न हो तो (x) करें  
।अ। सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी भरे गये नामांकन प्रपत्र के अनुसार किया गया। (स्तम्भ-15 के अनुसार) X

।ब। शासनोदश संख्या बीमा-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी 1986 के प्रस्तर-3।ग। में दिये गये व्यवस्थानुसार किया गया है। (स्तम्भ-16 के अनुसार).....X

।स। सक्षम न्यायालय द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण पत्र के अनुसार किया गया है।।सतम्भ-17 के अनुसार।.....X

19. लाभार्थी/लाभार्थियों का नाम :- देवेन्द्र सिंह

20. मृतक से सम्बन्ध :- X

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

22. राष्ट्रीकृत 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 :- **31605072729**

ख। माइकर कोड संख्या:-

ब्रान्च का आई0एफ0एस0 कोड **SBIN0004366** .ब्रान्च कोड **4366**

।ग। बैंक का नाम :- **स्टेट बैंक ऑफ इण्डिया**

।घ। शाखा :- **राजेन्द्र नगर, साहिबाबाद।**

।ङ। जिला :- **गाजियाबाद।**

23. अधिकारी/कर्मचारी/लाभग्रही के पत्र व्यवहार का पूर्ण पता। पिन कोड सहित। :- **ए-3 साकेत धाम,**

**121 आर0एस0 पार्क सेक्टर-5 राजेन्द्र नगर, साहिबाबाद, गाजियाबाद। 201005**

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 सम्बन्धी 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 संबन्धित अभिलेखों से कर लिया गया है।

6- प्रमाणित किया जाता है कि **श्री देवेन्द्र सिंह** का प्रकरण समूह 'क' के अधिकारी होने के फलस्वरूप पूर्व में कोषागार स्तर पर भुगतान हेतु नहीं प्रस्तुत किया गया है और न ही भविष्य में कोषागार को प्रस्तुत किया जायेगा।। यह प्रमाण-पत्र 01 मार्च, 2011 के उपरान्त समूह 'क' श्रेणी के दावे बीमा निदेशालय को भुगतान हेतु अग्रसारित किये जाने पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा दिया जाना आवश्यक है।

7- मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि उपर अंकित विवरण सही है और उक्त विवरणों के आधार पर दावे

*ASW*  
21.07.11

के भुगतान का आग्रह करता हूँ।

दिनांक:

स्थान:

बिमा निदेशालय के प्रयोगार्थ चेक सं०.....दिनांक..... धनराशि.....द्वारा भुगतान स्वीकृत  कृते निदेशक उ०प्र० राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ
--

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी  
के हस्ताक्षर.....  
हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....  
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम.... अरुण जीतम  
कार्यालय की मोहर..... आहरण एवं वितरण अधिकारी  
जनपद न्यायालय  
श्रावस्ती  
डी०डी०ओ० कोड संख्या....4031  
ट्रेजरी कोड संख्या...85
- \*2. प्रतिहस्ताक्षर:-  
कार्यालयाध्यक्ष/विभागाध्यक्ष/शासन से सम्बन्धित  
विभाग के हस्ताक्षर  
हस्ताक्षरकर्ता का नाम..  
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम..  
कार्यालय की मोहर.....

(\*समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों हेतु लागू)

नोट:- रू० 5400 से अधिक ग्रेड पे प्राप्त करने वाले समूह 'क' श्रेणी के 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 सम्बन्धी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर, कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित कराकर तथा विभागाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के सामूहिक बीमा सम्बन्धी दावे शासन के सम्बन्धित विभाग द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर सामूहिक बीमा निदेशालय, लखनऊ को प्रेषित किया जाना होगा। समूह 'क' श्रेणी से इतर अन्य अधिकारियों/ कर्मचारियों पर यह व्यवस्था पर लागू नहीं होगी।

(दावेदार से धनराशि प्राप्त करने से सम्बन्धित रिसीट)

सेवा में,

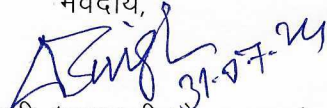
.....  
.....

। कार्यालयाध्यक्ष का नाम व पता।

महोदय,

मैंने शासन की सामूहिक बीमा एवं बचत योजना के अंतर्गत प्रस्तुत किये गये दावे के सम्बन्ध में रू०..... शब्दों में।.....की धनराशि का भुगतान चेक संख्या.....दिनांक.....द्वारा सधन्यवाद पाया।  
दिनांक:

भवदीय,

  
(कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर)  
नाम देवेन्द्र सिंह

पूर्ण पता:- ए-3 साकेत धाम, 121 आर०एस०  
पार्क सेक्टर-5 राजेन्द्र नगर, साहिबाबाद,  
गाजियाबाद। 201005