

जी0आई0एस0 फार्म संख्या-31(संशोधित)

(यह प्रपत्र तीन प्रतियों में प्रेषित करना है)

सेवा में,

.....,
.....,
..... ।

बीमा निदेशालय / कोषागार 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 संख्या या दूरभाष संख्या एस0टी0डी0 कोड सहित :-
- (स) पिता / पति का नाम :- :
2. (अ) पद नाम :- :
- (ब) राजपत्रित / अराजपत्रित :- :
- (स) राजपत्रित की स्थिति में :- :
- (1) समूह 'ख' के पद पर नियुक्ति / पदोन्नति का दिनांक :
- (2) समूह 'क' के पद पर नियुक्ति / पदोन्नति का दिनांक :
3. (क) जी0पी0एफ0 खाता संख्या (यदि हो) :
- (ख) एन0पी0एस0 खाता संख्या (यदि हो) :
- (ग) जी0पी0एफ0/एन0पी0एस0 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 ₹ 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) ₹ 05 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (ब) ₹ 10 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (स) ₹ 15 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (त) ₹ 20 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (ध) ₹ 30 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (द) ₹ 40 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (ध) ₹ 60 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (न) ₹ 80 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
- (प) ₹ 120 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक

9. 01 दिसम्बर, 2008 की स्थिति के अनुसार
 (अ) ग्रेड पे 2800 तक ₹ 100 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
 (अ) ग्रेड पे 2801 से 5400 तक ₹ 200 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
 (स) ग्रेड पे 5400 से अधिक ₹ 400 प्रतिमाह अभिदान देने की अवधि :से.....तक
10. सेवानिवृत्त / सेवा से अन्यथा पृथक होने की तिथि :- :
 (यदि लागू न हो, तो (✕) करें)
11. सेवारत अवस्था में मृत्यु की तिथि :- :
 (यदि लागू न हो, तो (✕) 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 संबंधी आदेश की प्रमाणित प्रति संलग्न की जाए। (यदि लागू न हो, तो (✕) करें)

क्र०सं०	नाम	विवाह की तिथि	उनसे उत्पन्न संतानों का नाम	जन्म तिथि
1	2	3	4	5
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 संबंधी में निम्न सूचनायें भी उपलब्ध करायें :-

क्र० सं०	नामित व्यक्ति / व्यक्तियों* के नाम	मृतक से संबंध	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 नियुक्ति 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 :-

क्र० सं०	परिवार के सदस्यों का नाम	मृतक से संबंध	आयु / जन्म तिथि	विवाहित अथवा अविवाहित/विवाह की तिथि	यदि अधिकारी की मृत्यु के उपरान्त परिवार में से किसी की मृत्यु हो गयी तो उसकी मृत्यु दिनांक 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 कॉलम-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 / पुत्रियों सहित)
4. भाई (18 वर्ष आयु से कम) तथा अविवाहित / विधवा बहनें (सौतेलें भाई / बहनों सहित)
5. पिता तथा माता
6. विवाहित 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. अवस्यक पुत्र तथा अविवाहित पुत्रियाँ
3. वयस्क पुत्र
4. माता व पिता
5. अवस्यक 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 :-

क्र० सं०	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 (✗) कर दें)
 (अ) सामूहिक बीमा योजना संबंधी भरे गये नामांकन प्रपत्र के अनुसार किया गया (स्तम्भ - 15 के अनुसार).....
 (ब) शासनादेश संख्या-बीम-56/दस-86-36/1981, दिनांक 10 जनवरी, 1986 के प्रस्तर-3 (ग) में दिये गये व्यवस्थानुसार किया गया है (स्तम्भ-16 के अनुसार).....
 (स) सक्षम न्यायालय द्वारा निर्गत उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र के अनुसार किया गया है (स्तम्भ - 17 के अनुसार).....
19. लाभार्थी / लाभार्थियों का नाम :- :
20. मृतक से संबंध :- :
21. अवयस्क की स्थिति में उसके नियुक्ति 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 मामले 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 जन्मतिथि का सत्यापन संबंधित अभिलेखों से कर लिया गया है।

6. प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कु0का प्रकरण समूह 'क' के अधिकारी होने के फलस्वरूप प्रकरण 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 उत्पन्न समूह 'क' श्रेणी के दावे बीमा निदेशालय को भुगतान हेतु अग्रसारित किये जाने पर आहरण वितरण अधिकारी द्वारा दिया जाना आवश्यक है।)
7. 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/कोषागार के प्रयोगार्थ
चेक सं0.....दिनांक.....
धनराशि.....द्वारा
भुगतान स्वीकृत।

सक्षम अधिकारी।

1. आहरण एवं वितरण अधिकारी
के हस्ताक्षर :
हस्ताक्षरकर्ता का नाम :
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम :
कार्यालय की मोहर :
डी0डी0ओ0 कोड संख्या :
ट्रेजरी को संख्या :
- *2. प्रतिहस्ताक्षर :-
कार्यालय/विभागाध्यक्ष/शासन के संबंधित विभाग
के हस्ताक्षर :
हस्ताक्षरकर्ता का नाम :
हस्ताक्षरकर्ता का पदनाम :
कार्यालय की मोहर :
(*समूह 'क' श्रेणी के अधिकारियों हेतु लागू)

नोट :- ₹ 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 समुह हस्ताक्षर किये जायेंगे। कार्यालयाध्यक्ष स्तर के नीचे के अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना संबंधी दावे कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित कराकर तथा कार्यालयाध्यक्ष स्तर के अधिकारियों के दावे विभागाध्यक्ष द्वारा प्रति हस्ताक्षरित कराकर एवं 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। समूह 'क' श्रेणी से इतर अन्य अधिकारियों / कर्मचारियों पर यह व्यवस्था 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 संबंध में ₹.....
(शब्दों में).....की धनराशि का भुगतान चेक संख्या.....
दिनांक..... द्वारा सधन्यवाद पाया।
दिनांक :

भवदीय,

(कर्मचारी/लाभग्राही के हस्ताक्षर)

नाम :
पूर्ण :
.....