

परिशिष्ट-क

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग (साधारण-बीमा निधि)

समूह / व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव प्रपत्र

(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)

Employee ID

पद :

1. प्रस्ताव का नाम : जन्मतिथि आयुवर्ष
2. पिता का नाम : पति का नाम :
3. वर्तमान विभाग का नाम : विद्यालय का नाम :
4. स्थायी पता :
5. वर्तमान पता :
6. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर, कान अथवा आंख की किसी अपंगता से ग्रस्त हैं यदि हाँ तो विवरण दें :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषणा-पत्र

(मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी/लड़का/लड़की) के पक्ष में ही किया जायें परिवार न होने की दशा में माता-पिता, भाई या अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाये। उपरोक्त दोनों अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है। (मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में) दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये।

मैं श्रीमती/कुमारी/श्री एतद् द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में, साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि का भुगतान श्रीमती/कुमारी/श्री जन्मतिथि आयुवर्ष (संबंध) को किया जावे। (आयु की गणना 1 अप्रैल के आधार पर की जावे।)

मनोनीत के खाता संख्या बैंक नाम शाखा है।

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिए पर्याप्त विमुक्ति होगी। मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह मैंने जोखिम के आंकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है। मैं सहमति देता/देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगे।

स्थान :
दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गई व्यवस्था के अनुरूप है।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी
डी.डी.ओ.कोड नम्बर