

घोषणा-पत्र

(राज्य कर्मचारियों, पंचायत समिति एवं जिला परिषद कर्मचारियों, वर्कचार्ज कर्मचारियों जिन पर राजस्थान सेवा नियम लागू किये गये हैं तथा स्वशाषी संस्थाये, जिन्होंने बीमा योजना लागू करने की अनुमति प्राप्त करली हैं, के कर्मचारियों द्वारा पूर्ति किया जावे)

1. पूरा नाम..... पूरा नाम जैसा कि पॉलिसी में  
पिता का नाम ..... अंकित किया जाना चाहिये,  
नियुक्ति का दिनांक व पद ..... साफ साफ मोटे मोटे अक्षरों  
कार्यालय का पूरा पता ..... में लिखे  
पूरा स्थायी पता .....
2. क. आप विवाहित हैं या अविवाहित विवाहित/अविवाहित  
ख. यदि विवाहित हैं तो जीवित संतानों की संख्या व उनकी आयु .....
3. आपका जन्म स्थान जन्म स्थान जन्म की तारीख आगामी वर्षगांठ पर  
व जन्म की तारीख गाँव व कस्बा तारीख महीना आयु  
वर्ष
4. क्या आपके पास इस विभाग द्वारा आपके जीवन पर पूर्व में जारी की गई बीमा पॉलिसी हैं  
यदि हैं तो उसकी संख्या लिखे .....
5. क्या प्रथम बार बीमा किया जा रहा है, यदि हाँ तो  
-  
क. आपका माहवारी वेतन क.....  
ख. महिने का नाम जिस वेतन से प्रथम बार ख .....  
प्रीमियम काटा गया  
ग. मासिक प्रीमियम की काटी गयी राशि ग.....  
नोट:- बीमा असली वेतन पर संदेय होगा जिसमें किसी भी प्रकार का भत्ता सिवाय ऐसे  
भत्ते के जो वेतन के ऐवज में मिलता हो सम्मिलित न किया जाये।
6. क्या वेतन वृद्धि के कारण निर्धारित दर से अगली प्रथम/द्वितीय खण्ड पर स्वेच्छा से  
प्रीमियम में वृद्धि की जा रही है यदि हाँ तो-  
(क.)वेतन वृद्धि का दिनांक ..... (ख.) आपका माहवारी वेतन .....  
.....  
(ग). प्रीमियम में वृद्धि का माह ..... (घ). अधिक कटौती का विवरण .....
- नोट प्रश्न संख्या 5 एवं 6 मं जो लागू पूर्व में काटी जा रही प्रीमियम राशि .....  
न हो उसे काट दें। अब बढ़ायी गयी प्रीमियम राशि .....  
योग .....
7. (क) क्या आप विकलांग या नेत्रहीन हैं (क) .....  
(ख) क्या आपको दमा,टी.बी.,मधुमेह,केन्सर (ख) .....  
एड्स हुआ है यदि हाँ तो पूर्ण विवरण लिखें।
8. (क) क्या आप वर्कचार्ज कर्मचारी हैं यदि हाँ (क) .....  
तो रेगुलर केडर में लिये जाने का दिनांक  
लिखे  
(ख) यदि किसी स्वशाषी संस्था में कर्मचारी (ख) .....  
हैं तो संस्था का पूरा नाम लिखें।

9.	परिवार का पूरा विवरण लिखिये	जीवित	मृत
		वर्तमान उम्र	स्वास्थ्य क हालत
			मृत्यु के समय आयु
			बीमारी की अवधि तथा मृत्यु तिथि
	पिता		
	माता		
	पति/पत्नि		
	भ्राता		
	बहिनें		
	पुत्र/पुत्रिया		

10. अवकाश का पूरा विवरण (आकस्मिक अवकाश के अलावा) निम्नांकित कोष्ठकों में भरा जाये .....

	वर्ष व अवकाश अवधि	अवकाश का कारण	अवकाश की अवधि व वर्ष	अवकाश का कारण
	उपार्जित अवकाश			
	अस्वस्थ होने के कारण अवकाश			
	अवैतनिक अवकाश			

नोट:- डाक्टरी सर्टिफिकेट यदि कोई हो तो उसकी प्रति इसके साथ लगायें।

11. क्या आपके किसी जीवित या मरे हुये सम्बंधी के दमा,टी.वी, मधुमेह या एड्स या किसी पुस्तैनी बीमारी का प्रकोप हुआ है यदि ऐसा है तो इसका पूर्ण विवरण लिखें।

12. उस मनोनीत व्यक्ति (नॉमिनी ) का पूरा विवरण दीजिये जिसको आप अपने बीमों की रकम पाने का अधिकारी नियुक्त करना चाहते/ चाहती हैं। मनोनयन पूर्व में नियुक्त किया है और अब उसमें परिवर्तन करना चाहते हैं तो इस कालम की पूर्ति नहीं कि जावे तथा फार्म-2 की पूर्ति कर प्रस्तुत किया जावे।

मनोनीत व्यक्ति का नाम	आपके साथ उसका संबंध	आयु	संरक्षक का नाम यदि मनोनीत व्यक्ति नागालिग हो	संरक्षक का यदि मनोनीत व्यक्ति से संबंध	संरक्षक का आयु
-----------------------	---------------------	-----	--	--	----------------

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिये गये उपर्युक्त विवरण सही और सच्चे ओर मैने ऐसी कोई बात नहीं छिपाई है जिससे मेरे जीवन के बीमे पर असर पड़े। मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यह घोषणा पत्र राजस्थान बीमा विभाग और मेरे बीच नियम-पत्र का आधार होगा। मैं इससे बीमे के सम्बन्ध में राजस्थान सरकारी कर्मचारियों के जीवन बीमा नियम,1998 से बाध्य होना स्वीकृत करता/करती हूँ।

स्थान तारीख महीना 200  
 घोषणा करने वाले के बाये हाथ के अंगुठे ..... घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

..... का निशान, यदि वह अनपढ़ हैं।

उपरोक्त विवरण मेरे द्वारा सर्विस रिकार्ड से जाँचा गया व सही पाया गया है।

स्थान :-  
 दिनांक :-

आहरण एवं वितरण अधिकारी  
 के हस्ताक्षर मय पद के