

परिशिष्ट-12

सेवानिवृत्त/सेवा से पृथक होने वाले राज्य सरकार के कर्मचारियों/अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावों के प्रेषण हेतु प्रपत्र

जी0आई0एस0 फार्म संख्या-28

(यह प्रपत्र तीन प्रतियों में सभी स्तम्भों को सम्बोधित कार्यालय द्वारा भरकर सामूहिक बीमा निदेशालय को प्रेषित करना है)

(सेवा निवृत्त अथवा सेवा से पृथक होने वाले राज्य सरकार के कर्मचारियों/अधिकारियों के सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी दावों के प्रेषण हेतु)

सेवा में,

निदेशक

राज्य कर्मचारी सामूहिक बीमा निदेशालय
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

संख्या

दिनांक.....

महोदय,

मैं उत्तर प्रदेश राज्य सरकार के अधिकारियों/कर्मचारियों के लिए सामूहिक बीमा योजना के अर्न्तगत सेवा से पृथक होने का अधिकारी/कर्मचार (मृत्यु को दशा छोड़कर) का दावा निम्न प्रकार से प्रस्तुत करता हूँ।

- (1) अधिकारी/कर्मचारी का नाम
- (2) पिता/पति का नाम
- (3) पद नाम.....
- (4) राजपत्रित/अराजपत्रित.....
- (5) वेतनमान.....
- (6) राजपत्रित के मामलें :-
 - (अ) समूह क में आने का दिनांक.....
 - (ब) समूह ख में आने का दिनांक.....
- (7) (क) विभाग कार्यालय वरिष्ठ पुलिस अधीक्षक, जनपद लखनऊ
(ख) विभागाध्यक्षपुलिस महानिदेशक, उत्तर प्रदेश, लखनऊ
- (8) जन्मतिथि.....
 - (अ) अंको में.....
 - (ब) शब्दों में.....
- (9) (अ) सेवा में नियुक्ति का दिनांक
(ब) योजना में प्रवेश का दिनांक.....
- (10) (अ) रू0 5 प्रमिमाह अभि0 देने की अवधि.....से.....तक
(ब) रू0 10 प्रमिमाह अभि0 देने की अवधि.....से.....तक
(स) रू0 15 प्रमिमाह अभि0 देने की अवधि.....से.....तक
(द) रू0 30 प्रमिमाह अभि0 देने की अवधि.....से.....तक
(य) रू0 60 प्रतिमाह अभि0 देने की अवधि.....से.....तक
- (11) योजना निर्गमन की तिथि.....
- (12) योजना के निर्गमन का कारण.....
- (13) (अ) लाभग्रही का नाम.....
 - (ब) पता.....
 - (स) संबंध.....

- (1) प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी अल्पकालीन रिक्तियों अथवा सीजनल कार्य के लिये नियुक्ति नहीं था।
- (2) प्रमाणित किया जाता है अधिकारी/कर्मचारी के सामूहिक बीमा योजना सम्बन्धी कटौती नियमित रूप से एवं निर्धारित पद के अधिकारी/कर्मचारी की अधिवर्षता से अन्यथा पृथक होने तक की गयी है।
- (3) प्रमाणित किया जाता है अधिकारी/कर्मचारी की जन्म तिथि का सत्यापन सम्बन्धित अभिलेखों से कर लिया जाता है।
- (4) प्रमाणित किया जाता है कि अधिकारी/कर्मचारी के दावों का प्रेषण प्रथम बार किया जा रहा है और इससे पूर्व अधिकारी/कर्मचारी को देय सामूहिक बीमा की धनराशि का भुगतान नहीं किया गया है।
- (5) मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सही है और उक्त विवरणों के आधार पर दावे के भुगतान का आग्रह करता हूँ मैं यह भी आश्वस्त करता हूँ कि भुगतान प्राप्त होने पर लाभग्राही से रसीदी स्टैम्प लगी भुगतान की धनराशि की प्राप्ति रसीद प्राप्त कर लूंगा और इसकी सूचना सामूहिक बीमा निदेशालय को रसीद प्राप्ति के तीन दिन के अन्दर प्रेषित कर दूंगा।

दिनांक

स्थान.....

बैंक का नाम

खाता संख्या

कार्यालयाध्यक्ष

आहरण एवं वितरण अधिकारी के

हस्ताक्षर.....

हस्ताक्षरकर्ता का नाम.....

हस्ताक्षरकर्ता का पद नाम.....

कार्यालय मोहर.....

प्रतिलिपि उत्तर प्रदेश पुलिस मुख्यालय इलाहाबाद को सूचनार्थ प्रेषित।