

रा.के.मु.ज.-137-20,000-14

डिस्ट्रिक्ट नं. ....

राजस्थान सरकार

माह .....

घोषणा-पत्र

जी.ए. 165/आई.आर. 16

संख्या .....

फार्म I

(वह व्यक्ति जिसका जीवन बीमा किया जावे, साफ-साफ व पूरी तरह प्रश्नों का उत्तर देवे)

घोषणा पत्र संख्या

1. पूरा नाम.....  
पिता का नाम.....  
किस्म नियुक्ति पद.....  
विभाग.....  
यदि स्थायी है तो किस दिनांक से.....  
पूरा पता .....

नोट :- पूरा नाम जैसे पालिसी में अंकित किया जाना चाहिए, साफ-साफ मोटे-मोटे अक्षरों में लिखें।

2. (क)आप विवाहित हैं या अविवाहित.....  
(ख)यदि विवाहित हैं तो जीवित सन्तानों की संख्या व उनकी आयु .....

| 3.जन्म स्थान/<br>जन्म दिनांक | जन्म स्थान   |       | जन्म दिनांक |       |      | आगामी वर्षगांठ<br>पर आयु |
|------------------------------|--------------|-------|-------------|-------|------|--------------------------|
|                              | गांव व कस्बा | तहसील | दिनांक      | महीना | वर्ष |                          |
|                              |              |       |             |       |      |                          |

- 4.क्या इस विभाग द्वारा आपके जीवन पर जारी की गई कोई बीमा की पॉलिसी आपके पास है ? यदि है, तो उनकी संख्या लिखें .....

- 5.क्या प्रथम बार बीमा किया जा रहा है यदि हां तो

- (क) आपका माहवारी वेतन.....  
(ख) महीने का नाम जिसके वेतन से प्रथम किस्त काटी गई.....  
(ग) की गई कटौती का विवरण :-

| सावधि (Endowment) बीमे पर मासिक प्रीमियम | आजीवन बीमे पर मासिक प्रीमियम | योग |
|--|------------------------------|-----|
|  |                              |     |

नोट-बीमा असली वेतन पर होगा जिनमें किसी भी प्रकार का भत्ता सिवाय ऐसे भत्ते के जो वेतन के एवज से मिलता हो सम्मिलित न किया जाये।

6. क्या वेतन वृद्धि के कारण/निर्धारित दर से अगली प्रथम/द्वितीय खण्ड दर पर स्वेच्छा से प्रीमियम में वृद्धि की जा रही है यदि हां तो,

- (क) वेतन वृद्धि का दिनांक..... आपका माहवारी वेतन.....  
(ख) प्रीमियम में वृद्धि का मास.....  
(ग) अधिक कटौती का विवरण:-

| सावधि (Endowment) बीमे पर मासिक प्रीमियम | आजीवन बीमे पर मासिक प्रीमियम | मौजूदा बीमे की किस्त | योग |
|--|------------------------------|----------------------|-----|
|  |                              |                      |     |

नोट :- प्रश्न संख्या 5 एवं 6 में जो लागू न हो उसे काट दें।

7. (क) क्या आप विकलांग या नेत्रहीन हैं ? (क).....  
(ख) क्या आपको कोई रोग हुआ है (ख).....  
तो उसका पूरा विवरण लिखें।  
(ग) क्या अब आप स्वस्थ हैं ? (ग).....  
(घ) (घ).....

| 8. परिवार का पूरा विवरण लिखिए | जीवित        |                   | मृत               |                |                                     |
|-------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------------------------|
|                               | वर्तमान उम्र | स्वास्थ्य की हालत | मृत्यु के समय आयु | मृत्यु का कारण | बीमारी की अवधि तथा मृत्यु का दिनांक |
| पिता                          |              |                   |                   |                |                                     |
| माता                          |              |                   |                   |                |                                     |
| पति/पत्नी                     |              |                   |                   |                |                                     |
| भ्राता                        |              |                   |                   |                |                                     |
| बहिनें                        |              |                   |                   |                |                                     |
| पुत्र/पुत्रियां               |              |                   |                   |                |                                     |

9. अवकाश का पूरा-पूरा विवरण (आकस्मिक अवकाशों के अलावा) निम्नांकित कोष्ठों में भर दीजिये।

| अवकाश करी किस्म            | स्वास्थ्य खराब होने की हालत में |               | अन्य कारणों से       |               |
|----------------------------|---------------------------------|---------------|----------------------|---------------|
|                            | वर्ष व अवकाश की अवधि            | अवकाश का कारण | वर्ष व अवकाश की अवधि | अवकाश का कारण |
| उपार्जित अवकाश             |                                 |               |                      |               |
| अस्वस्थ होने के कारण अवकाश |                                 |               |                      |               |
| अवैतनिक अवकाश              |                                 |               |                      |               |

नोट:- डॉक्टर की सर्टिफिकेट यदि कोई हो तो उसकी प्रति इसके साथ लगावें।

10. क्या आपके किसी जीवित या मरे हुए सम्बन्धी के दमा, टीबी, मधुमेह और कैंसर या किसी पुस्तैनी बीमारी का प्रकोप हुआ है? यदि ऐसा है तो पूर्ण विवरण लिखें।

.....

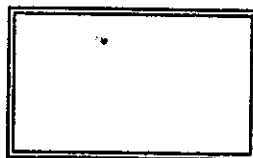
| 11. उस मनोनीत व्यक्ति (Nominee) का पूरा विवरण दीजिये जिसका आप अपने बीमे की रकम पाने का अधिकारी नियुक्त करना चाहते हैं/चाहती हैं। |                     |     |  |                                    |                |
|--|---------------------|-----|--|------------------------------------|----------------|
| मनोनीत व्यक्ति का नाम  | आपके साथ उसका संबंध | आयु | संरक्षक का नाम यदि मनोनीत व्यक्ति नाबालिग हो | संरक्षक का मनोनीत व्यक्ति से संबंध | संरक्षक की आयु |
|  |                     |     |  |                                    |                |

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपर दिये गये विवरण सही और सच्चे हैं और मैंने 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 इस बीमे के संबंध में राजस्थान सरकारी कर्मचारियों के जीवन बीमा नियम, 1953 से बाध्य होना स्वीकार करता/करती हूँ।

स्थान..... दिनांक..... महीना..... वर्ष .....

घोषणा करने वाले के बायें हाथ के अंगूठे का निशान यदि वह अनपढ़ हो



घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

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

स्थान.....

दिनांक.....

आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर मय पद के