

घोषणा पत्र

डिस्ट्रिक्ट एवं माह

क.प. संख्या

घोषणा पत्र संख्या

(वह व्यक्ति जिसका जीवन बीमा किया जावे, सामान्यतया व पूरी तरह प्रश्नों का उत्तर दें)

1. पूरा नाम रामवीन
 पिता का नाम श्री - जेठाराम
 किस्म नियुक्ति पद कानि० नं० 1093
 विभाग S.P. OFFICE BARMER
 यदि स्थायी है तो किस तारीख से 19-05-2010
 पूरा पता ग्राम/पोस्ट - भावी त० खिलाडा जिला - जोधपुर (राज०)

पूरा नाम व पता पोलिसी में अंकित किया जाना चाहिये, साफ-साफ व मोटे-मोटे अक्षरों में लिखें।

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

3. जन्म स्थान व
 जन्म की तारीख

जन्म स्थान			जन्म की तारीख			आगामी वर्षगांठ
गाँव	कस्बा	तहसील	तारीख	महिना	साल	पर आयु
<u>भावी</u>	<u>खिलाडा</u>		<u>04</u>	<u>07</u>	<u>1989</u>	<u>24</u>

4. क्या इस विभाग द्वारा आपके जीवन पर जारी की गई कोई बीमा की पालिसी आपके पास है यदि है, तो उसकी संख्या लिखें 1109130

5. क्या प्रथम बार बीमा किया जा रहा है यदि हाँ तो —

(क) आपका माहवारी वेतन

(ख) महिने का नाम जिसके वेतन से प्रथम किरत काटी गई

(ग) की गई कटौती का विवरण :-

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

अवधि (एण्डीमेन्ट) बीमा पर
 मासिक प्रिमियम
 आजीवन बीमे पर
 मासिक प्रिमियम
 योग :-

6. क्या वेतन वृद्धि के कारण / निर्धारित दर से अगली / द्वितीय खण्ड पर स्वेच्छा से प्रिमियम में वृद्धि की जा रही है यदि हाँ तो —

(क) वेतन वृद्धि का दिनांक 07/2013

(ख) प्रिमियम में वृद्धि का मास 03/2014

(ग) अधिक कटौती का विवरण :-

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

आपका माहवारी वेतन

अवधि (एण्डीमेन्ट) बीमा पर
 मासिक प्रिमियम 970
 आजीवन बीमे पर
 मासिक प्रिमियम
 मौजूदा बीमे की किरत 330
 योग :- 1300

7. (क) क्या आप विकलांग हैं नहीं

(ख) क्या आपका कोई बीमा हुआ है, हाँ, तो पूरा विवरण दे

(ग) क्या अब आप स्वस्थ हैं ? हाँ

(घ)

8. परिवार का पूरा विवरण लिखिये ।

	जीवित		मृत		
	वर्तमान उम्र	स्वास्थ्य की हालत	मृत्यु के समय की आयु	मृत्यु का कारण	बीमारी की तिथि एवं मृत्यु की तिथि
पिता श्री जैनाराम	52				
माता श्री. चुकी देवी	49				
पति / पति जय लक्ष्मी धर्मा	21				
माता अर्जुन राम	22				
बहिने	—				
पुत्र / पुत्रियाँ	—				

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

अवकाश की किरम	स्वास्थ्य खराब होने की हालत में		अन्य कारणों से	
	वर्ष त अवकाश की अवधि	अवकाश का कारण	अवकाश की अवधि, वर्ष	अवकाश का कारण
उपाजित अवकाश				
अस्वस्थ होने के कारण अवकाश		No		
अवैतनिक अवकाश				

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

10. क्या आपके या किसी जीवित या मरे हुए सम्बन्धी के दमा, टी. बी., मधुमेह और केन्सर, एड्स या किसी पुस्तनी बीमारी का प्रकोप हुआ है यदि ऐसा है तो इसका पूर्ण विवरण लिखे नहीं

11. उस मनोनित व्यक्ति (नॉमिनी) का पूरा विवरण दीजिये जिसकी आप अपने बीमे की रकम पाने का अधिकारी नियुक्त करना चाहते / चाहती है ।

मनोनित व्यक्ति का नाम	आपके साथ उसका सम्बन्ध	आयु	संरक्षक का नाम यदि मनोनित व्यक्ति नामालिग है	संरक्षक का मनोनित व्यक्ति से संबंध	संरक्षक की आयु
श्रीमती जय लक्ष्मी धर्मा	धर्मपति	21	—	—	—

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दिये गये उत्तर व विवरण सही और सच्चे हैं । मैंने ऐसी कोई बात नहीं लिखाई है जिससे मेरे जीवन, के बीमे पर असर पड़े । मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यह घोषणा पत्र राजस्थान बीमा विभाग और बी. वी. चि. निगम पत्र आधार होगा । मैं इसे बीमे के सम्बन्ध में राजस्थान सरकारी कर्मचारियों के जीवन बीमा नियम 1953 से बाध्य होना स्वीकृत करता / करती हूँ ।

स्थान बाडमेर तारीख 9 महीना मार्च वर्ष 2014

घोषणा करने वाले के बायें हाथ के अंगूठे का निशान, यदि वह अनपढ़ है ।

घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

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

सूचक

दिनांक