

राजस्थान सरकार
घोषणा-पत्र

डिस्ट्रीक्ट एवं माह

क्रम संख्या

घोषणा पत्र संख्या

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

1. पूरा नाम

पिता का नाम

किस्म नियुक्ति पद

विभाग

यदि स्थाई है तो किस तारीख से

पूरा पता

2. (क) आप विवाहित है या अविवाहित

(ख) यदि विवाहित है तो जीवित सन्तानों की संख्या व उनकी आयु

**पूरा नाम व पता पॉलिसी में अंकित
किया जाना चाहिये, साफ-साफ व
मोटे मोटे अक्षरों में लिखे।**

3. जन्म स्थान व
जन्म की तारीख

जन्म स्थान गांव कस्बा तहसील	जन्म की तारीख तारीख महिना साल	आगामी वर्षगांठ पर आयु

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

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

(क) आपका माहवारी वेतन

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

(ग) की गई कटौति 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 जावें।

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

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

(क) वेतन वृद्धि की दिनांक

(ख) प्रीमियम में वृद्धि का मास

(ग) अधिक कटौति का विवरण :-

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

आपका माहवारी वेतन

अवधि (एण्डीमेन्ट) बीमा पर
मासिक प्रीमियम
आजीवन बीमे पर
मासिक प्रीमियम
मौजूदा बीमे की किस्त
योग :-

7. (क) क्या आप विकलांग है

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

(ग) क्या अब आप स्वस्थ है ?

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					
माता					
पति / पत्नि					
भ्राता					
बहिनें					
पुत्र/पुत्रियां					

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

अवकाश की किस्म	स्वास्थ्य खराब होने की हालत में		अन्य कारणों में	
	वर्ष व अवकाश की अवधि	अवकाश का कारण	अवकाश की अवधि वर्ष	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 या किसी जीवित या मरे हुए सम्बन्धी के दमा, टी.बी., मधुमेह और केन्सर, एड्स या किसी पुस्तैनी बीमारी का प्रकोप हुआ है यदि ऐसा है तो इसका पूर्ण विवरण लिखे
11. (उक्त मनोनीत नामिनी) का पूरा विवरण दीजिए जिसकी आप अपने बीमे की रकम पाने का अधिकारी नियुक्त करना चाहते / चाहती है।

मनोनीत व्यक्ति का नाम	आपके साथ उसका सम्बन्ध	आयु	संरक्षक का नाम यदि मनोनीत व्यक्ति नाबालिंग है	संरक्षक का मनोनीत व्यक्ति से संबंध	संरक्षक की आयु

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दिये गये उतर व विवरण सही और सच्चे है। 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 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 तारीख महिना वर्ष

घोषणा करने वाले के बांये हाथ के अंगूठे का निशान, यदि अनपढ है।

घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

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

स्थान :-

दिनांक :-