

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, राजस्थान  
जिला कार्यालय .....

**परिपक्वता/अध्यर्पण/मृत्यु दावा प्रपत्र**

बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... एम्प्लोई आई.डी. ....

1. बीमेदार का नाम .....

2. पिता का नाम .....

3. पद .....

4. कार्यालय का नाम .....

5. क्या बीमेदार अब भी राज्य सेवा हैं हां  नहीं   
सेवा निवृत्ति की दिनांक ..... (सेवा निवृत्ति के आदेश की प्रति संलग्न करें)

6. बीमेदार की जन्म तिथि जो सेवा अभिलेख के अंकित दिनांक:          
D D M M Y Y Y Y

7. (क) अन्तिम बीमा कटौती का माह व राशि

माह का नाम	राशि	
	प्रीमियम	ऋण

(ख) कृपया आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा  
प्रमाणित उक्त अवधि की बीमा कटौतियों का जी.ए.  
55ए संलग्न करें ।

8. बीमेदार की मृत्यु की स्थिति में मृत्यु की दिनांक एवं बीमारी का नाम .....

9. यदि बीमेदार मृत्यु से पूर्व ही राज्य सेवा से मुक्त कर दिया था तो सेवा मुक्ति की तिथि

10. बीमेदार द्वारा पूर्व में मनोनीत नियुक्त नहीं किया गया हो या मनोनीत व्यक्तिकी मृत्यु हो गयी हो तो निम्न विवरण दें

पिता (जीवित)		माता (जीवित)		पत्नी/पति (जीवित)	
नाम	आयु	नाम	आयु	नाम	आयु
पुत्र (सौतेले सहित)/विधवा पुत्रवधु		अविवाहित एवं विधवा पुत्रियोंके नाम (सौतेली सहित)		18 वर्ष से कम आयु के भ्राताओं के नाम	
नाम	आयु	नाम	आयु	नाम	आयु
1					
2					
3					
4					
5					

11. दावेदार का स्थायी पता जिस पर भविष्य में पत्र -----  
व्यवहार किया जा सके -----  
-----

- संलग्न: 1. मूल बीमा प्रमाण पत्र  
2. मूल बीमा रिकॉर्ड बुक / जी.ए.55ए एवं जी.ए.81  
3. सेवा निवृत्ति / सेवा पृथक्करण आदेश  
4. मृत्यु दावे की दशा में मृत्यु प्रमाण पत्र एवं सेवा समाप्ति आदेश  
5. पदस्थापन स्थानों का विवरण परिशिष्ट 'क' फार्म में पूर्ति सहित ।

.....  
बीमेदार\* / मनोनीत\* / दावेदार\* के हस्ताक्षर  
मोबाईल नं.

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर लिखे विवरण  
की जांच कर ली गयी है और सही है

आहरण एवं वितरण अधिकारी  
के हस्ताक्षर मय पद की मोहर

\* जो लागू न हो उसे काट दें।

### विमुक्ति पत्र

श्री / श्रीमती / सुश्री ..... के जीवन पर जारी बीमा प्रमाण  
पत्र संख्या ..... को उसके अन्तर्गत समस्त कान्ट्रेक्स के स्वत्वों के भुगतान के संबंध में  
निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को हस्तान्तरित करता हूँ ।

हस्ताक्षर बीमेदार / दावेदार

हस्ताक्षर प्रमाणित  
(आहरण एवं वितरण अधिकारी)

(मूल बीमा पॉलिसी संलग्न नहीं करने की दशा में बीमेदार / दावेदार द्वारा पूर्ति किया जायें)

मैं यह घोषणा करता हूँ कि मेरा बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... खो गया है / नष्ट  
हो गया है । मैंने इस बीमा प्रमाण पत्र को बन्धक नहीं रखा है और न ही कोई गलत उपयोग किया है ।

हस्ताक्षर बीमेदार / दावेदार

हस्ताक्षर प्रमाणित  
(आहरण एवं वितरण अधिकारी)

अधिक जानकारी के लिए: नोट : <http://sipf.rajasthan.gov.in/>



**Further certify :-**

- (1) that the rate of premium contribution as shown above are correct to the best of my knowledge and belief.**
- (2) that in the event of the rate of recovery having not been mentioned above, the premium adjusted by the State insurance & P.F. Department on the basis of the last recovery immediately preceding the month of gaps ( missing credit) and onward, shall be acceptable to me. If at any time it is found that the rate of recovery was different, the recoveries shall be adjusted by the State Insurance Department at the revised rate on production on conclusive proof by me.**
- (3) that in case of any excess amount paid to me as a result of adjustment of recoveries as above, I undertake to refund the same to the State Insurance & P.F. Department.**

**Signature of the  
Government Servant.**

**P A R T 'B'**

**Certified that the above incumbent was not on extra-ordinary leave/commuted leave/placed under suspension or on deputation to other State/Corporation/ Boards etc. During the period mentioned by him in PART `A' as verified from his service Book/ leave File/ Personal File.**

**Signature of the Drawing & Disbursing  
Officer with seal of Designation.**

राजस्थान सरकार  
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग  
परिशिष्ट 'क'

विषय : बीमा प्रमाण पत्र संख्या ..... श्री / श्रीमती .....

पद ..... पुत्र/पुत्री/श्री .....

विभागीय पता .....

आप स्वत्व पत्र के साथ बीमेदार से सम्बन्धित निम्न जानकारी इस विभाग को भिजवाने का कष्ट करें जिससे स्वत्व दावा तय करने में विलम्ब न हों :-

- बीमेदार का स्थायी पता जिस पर .....  
भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सके। .....  
(क) कार्यालय का दूरभाष संख्या .....  
(ख) अन्य दूरभाष संख्या .....
- (क) कर्मचारी की जन्मतिथि जो सर्विस .....  
रिकार्ड में अंकित की गई है। .....  
(ख) क्या जन्मतिथि बदली गई है, यदि हाँ .....  
तो, आदेश की प्रतिलिपी संलग्न करें। .....  
(ग) यदि कर्मचारी निलम्बित रहा है/बिना .....  
वेतन अवकाश पर रहा है तो पूर्ण विवरण दें। .....

3. कर्मचारी के सेवाकाल में वर्ष 1983 से पदस्थापन का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार दें :-

क्रमांक	कार्यालय का नाम	पद	अवधि माह		वि. विवरण
			कब से	कब तक	

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त कर्मचारी के सेवा अभिलेखों / अन्य लेखों से जाँच कर लिया गया है एवं सही है।

दिनांक :

उच्चाधिकारी के हस्ताक्षर

