



अभियांत्रिकी महाविद्यालय, अजमेर

(राजस्थान सरकार का स्वायत्तशासी संस्था.)

रा.रा.मार्ग नं.-8 बड़लिया चौराहा, नारेली मंदिर के पास,
अजमेर, 305025



Website: www.ecajmer.ac.in

E-mail : principal.eca@rajasthan.gov.in

Telephone : 0145-2971024

क्रमांक: अमअ/संस्थापन/2020/705

दिनांक: 21/03/2020

अति-आवश्यक सूचना

महाविद्यालय के समस्त नियमित शैक्षणिक एवं अशैक्षणिक कार्मिकों को निर्देशित किया जाता है कि सातवें वेतनमान के फलस्वरूप राज्य बीमा प्रीमियम की दरों में परिवर्तन किये जाने के कारण संलग्न आदेश के अनुसार अपने मूल वेतन के अनुसार प्रीमियम का चयन कर निर्धारित प्रारूप (कार्मिक की SSO ID से प्रिन्ट कर शेष वांछित प्रविष्टियों) में भरकर दिनांक 24.03.2020 तक जमा कराया जाना सुनिश्चित करें, अन्यथा राज्य बीमा से संबंधित समस्त जिम्मेदारी स्वयं कार्मिक की रहेगी। महाविद्यालय प्रशासन इस हेतु जिम्मेदार नहीं होगा।

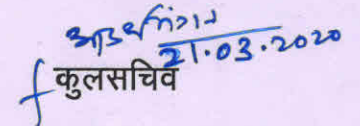

प्राचार्य

क्रमांक: अमअ/संस्थापन/2020/7734-7735

दिनांक: 21/03/2020

प्रतिलिपि द्वारा वेबसाईट:-

1. संबंधित कार्मिक को पालनार्थ
2. रक्षित पत्रावली


कुलसचिव

संलग्न : - 1. प्रीमियम की दरें
2. घोषणा पत्र



राजस्थान सरकार
वित्त (बीमा) विभाग

क्रमांक : प.13(21)वित्त/राजस्व/76 पार्ट

जयपुर, दिनांक 13 MAR 2020

-: आदेश :-

विषय:-राजस्थान सरकारी कर्मचारी बीमा नियम, 1998 में प्रीमियम दर के पुनरीक्षण के संबंध में।

राजस्थान सरकारी कर्मचारी बीमा नियम, 1998 के नियम 11 (1) (i) में संदेय प्रीमियम दर दिनांक 01.04.2020 से निम्नानुसार पुनरीक्षित की जाती है :-

क्र.सं.	वेतन स्लेब	मासिक प्रीमियम दर
1	22000 तक	800 /-
2	22001 से 28500	1200 /-
3	28501 से 46500	2200 /-
4	46501 से 72000	3000 /-
5	72000 से अधिक	5000 /-
6	अधिकतम	7000 /-

- 1 उक्त दरें माह मार्च देय अप्रैल, 2020 के वेतन से लागू होगी।
- 2 उक्त पुनरीक्षण के फलस्वरूप नियम 11 के उप नियम (2) के अन्तर्गत निर्धारित वेतन खण्ड दर से आगामी दो खण्डों में विनिर्दिष्ट किसी भी प्रीमियम का ऐच्छिक तौर पर विकल्प लिये जाने की स्थिति में अधिकतम कटौती 7000/- रुपये प्रतिमाह होगी।

राज्यपाल की आज्ञा से,

(वेद प्रकाश गुप्ता)

संयुक्त शासन सचिव

प्रतिलिपि निम्नांकित को सूचनार्थ एवम् आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है :-

1. सचिव, माननीय राज्यपाल महोदय, राजस्थान।
2. प्रमुख सचिव, माननीय मुख्यमंत्री महोदय, राजस्थान सरकार, जयपुर।
3. वरिष्ठ उप सचिव, मुख्य सचिव महोदय, राजस्थान सरकार
4. समस्त अतिरिक्त मुख्य सचिव/प्रमुख शासन सचिव/शासन सचिव/विशिष्ट शासन सचिव।
5. प्रधान महालेखाकार, राजस्थान, जयपुर।
6. समस्त विभागाध्यक्ष।
7. निदेशक, राज्य बीमा एवम् प्रावधानी निधि विभाग, राजस्थान, जयपुर।
8. समस्त कोषाधिकारी/उप कोषाधिकारी।
9. तकनीकी निदेशक, वित्त (कम्प्यूटर) विभाग।
10. रक्षित पत्रावली।

संयुक्त शासन सचिव

कमरा नम्बर 7307, खाद्य भवन, शासन सचिवालय, जयपुर 302005, दूरभाष नम्बर 0141-2385649,

ई-मेल : jsfip@rajasthan.gov.in

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

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/ जन्म दिनांक	जन्म स्थान		जन्म दिनांक			आगामी वर्षगांठ 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 सिविल एंसे 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	सौजूदा 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:- डॉक्टरी 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
यह 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