

राजस्थान सरकार

## कार्यालय वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक (साधारण बीमा निधि)

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग, डी-ब्लॉक, द्वितीय तल, वित्त भवन,  
जनपथ, विधानसभा के पास, जयपुर - 302005 (राजस्थान)दूरभाष :- 0141-2740252, 2740219  
फैक्स :- 0141-2740292ई-मेल:- add.medl.sipf@rajasthan.gov.in  
वेबसाइट:- www.sipf.rajasthan.gov.in

## प्रस्ताव-पत्र

मेडिक्लेम पॉलिसी के लिए डेटाबेस हेतु परिवार विवरण  
**Family Detail for Mediclaim Policy Database**

कर्मचारी द्वारा सभी कॉलम हिन्दी व अंग्रेजी में भरे जाने अनिवार्य हैं। कोई भी कॉलम खाली होने पर प्रस्ताव पत्र निरस्त कर दिया जावेगा।

- राज्य कर्मचारी का पूरा नाम .....  
Name of Employee .....
- पिता/पति का नाम .....  
Name of Father/Husband .....
- कर्मचारी की राज्य सेवा में कार्यग्रहण तिथि
- वर्तमान वेतन/रेमूनरेशन(Pay/Remuneration) .....वेतन श्रृंखला/Payscale.....
- न्यू पेंशन योजना नम्बर .....
- बीमा विभाग द्वारा जारी यू.आई.डी. नम्बर .....
- वर्तमान पद ..... जन्म तिथि/DOB .....
- वर्तमान आहरण वितरण अधिकारी का पद (हिन्दी में) .....  
(In English) .....
- आवासीय पता (हिन्दी में).....  
Home Address (In English) .....
- फोन नम्बर:- कार्यालय ..... निवास ..... मो.न:-.....

कर्मचारी के परिवार के सदस्यों का विवरण (कृपया सदस्यों का विवरण अंग्रेजी में भरें)

क्र.सं.	नाम	राज्य कर्मचारी से सम्बन्ध	उम्र	जन्म तिथि	लिंग M/F
1.		स्वयं			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

नोट-

- परिवार सदस्यों में 21 वर्ष की उम्र तक के 2 बच्चों का ही उल्लेख किया जावे।
- यदि माता-पिता की सम्मिलित आय दो हजार रुपये प्रति माह से कम है एवं राज्य कर्मचारी के पदस्थापन स्थान पर सामान्यतया साथ रहते हों तभी उनका उल्लेख किया जावे (शपथ-पत्र संलग्न करें)।
- परिवार सदस्यों के स्टाम्प साईज के फोटो चिपका कर कर्मचारी उस पर हस्ताक्षर करें तथा सबके एक अतिरिक्त फोटो परिचय पत्र हेतु उपलब्ध कराएं।

--	--	--	--	--	--

नाम .....  
उम्र .....

## घोषणा पत्र

मैं ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... पद ..... आयु ..... यह घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण पूर्णतया सत्य है और कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। मैंने पॉलिसी के नियम व शर्तों का अध्ययन कर लिया है जो कि विभागीय वेबसाईट (www.sipf.rajasthan.gov.in) पर है एवं उन पर अपनी सहमति प्रदान करता हूँ। ईश्वर मेरी सहायता करें।

दिनांक:

हस्ताक्षर अधिकारी/कर्मचारी

जाता है।

उपरोक्त विवरण कार्यालय रिकॉर्ड से जाँच कर लिया गया है एवं बीमा जिला कार्यालय को आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित किया

दिनांक:

आहरण एवं वितरण अधिकारी  
मय सीलअतिरिक्त/संयुक्त/उप/सहायक निदेशक,  
राज्य बीमा एवं प्रा0 नि0 विभाग  
जिला .....