



Appendix : 3

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

डी-ब्लॉक, वित्त भवन, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर (राजस्थान)

दूरभाष - 2740219, 2740292 (फैक्स)

**मेडीक्लेम 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।

1. राज्य कर्मचारी का पूरा नाम .....  
Name of Employee .....
2. पिता/पति का नाम .....  
Name of Father/Husband .....
3. कर्मचारी की राज्य सेवा में कार्यग्रहण तिथि
4. वर्तमान वेतन स्टाइपेण्ड(STIPEND) .....वेतन श्रंखला/Payscale.....
5. न्यू पेंशन योजना नम्बर .....
6. वर्तमान पद ..... जन्म तिथि/DOB .....
- Present Designation .....
7. वर्तमान आहरण वितरण अधिकारी का पद (हिन्दी में) .....  
(In English) .....
8. आवासीय पता (हिन्दी में).....  
Home Address (In English) .....
9. 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-

1. परिवार सदस्यों में 21 वर्ष की उम्र तक के 2 बच्चों का ही उल्लेख किया जावे।
2. 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 ।
3. परिवार सदस्यों के स्टाम्प साईज के फोटो चिपका कर कर्मचारी उस पर हस्ताक्षर करें तथा सबके एक अतिरिक्त फोटो परिचय पत्र हेतु उपलब्ध कराएं ।

स्वयं					
-------	--	--	--	--	--

नाम .....

घोषणा पत्र

मैं ..... पुत्र/पुत्री/श्री..... पद .....  
आयु ..... यह घोषणा करता हूं कि ऊपर दिया गया विवरण पूर्णतया सत्य है और कोई तथ्य छिपाया  
नहीं गया है । ईश्वर मेरी सहायता करें ।

दिनांक:

हस्ताक्षर अधिकारी/कर्मचारी

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

दिनांक:

आहरण एवं वितरण अधिकारी  
मय सील

उप/सहायक निदेशक,  
राज्य बीमा एवं प्रा0 नि0 विभाग  
जिला .....