राजस्थान
राज्य विद्युत प्रसारण
[redacted] निगम लिमिटेड [redacted]
(राजस्थान राज्य विद्युत मण्डल की उत्तराधिकारी कम्पनी)
विद्युत भवन, जनपथ, जयपुर–302 005 फोन 0141–740451, फैक्स:0141–740066

CONTROL-231

क्रमांक/राराविप्रनिलि/मुलेनि/संस्था–नियन्त्रण/प.नियंत्रण–2/प्रे. 644 दिनांक 19/09/2017

परिपत्र

विषयः 22, अक्टूबर, 2017 से 21, अक्टूबर, 2018 की अवधि के लिये समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना ।

निगम ने इस वर्ष भी समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के परिलाभ राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि), द्वितीय मंजिल डी–ब्लाक, वित भवन, जनपथ, ज्योतिनगर, जयपुर द्वारा अपने समस्त कर्मचारियों को राज्य सरकार के कर्मचारियों के लिये प्रयोज्य शर्तो एव निबन्धनों, जिनमें से कुछ मुख्य रूप से निम्नलिखित हैं, पर दिये जाने की व्यवस्था की है। अतः समस्त कार्यालयाध्यक्षों/नोडल अधिकारियों को निर्देश दिये जाते हैं कि वे सभी कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2017 के वेतन विपत्र (अक्टूबर, 2017 में संदेय) से प्रीमियम के प्रति 295.00 रूपये (दो सौ पंचानवे मात्र) (रू. 250/– प्रीमियम राशि एवं रू. 45/– GST) प्रति अधिकारी/कर्मचारी की दर से कटौती किया जाना सुनिश्चित करें। सभी वृत लेखाधिकारी/नोडल अधिकारी/कर्मचारियों के वेतन से उपरोक्तानुसार काटी गयी राशि ई–ग्रास के माध्यम से राज्य बीमा विभाग को बजट मद 8011–00–105–02–01 में संलग्न परिशिष्ट "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को संलग्न परिशिष्ट 'ख' एवं 'ग' सहित 22 अक्टूबर, 2017 तक निश्चित रूप से प्रेषित करेगें। परिशिष्ट–'ख' के अभाव में बीमा विभाग द्वारा दावों के निपटारे में विलम्ब किये जाने की संपूर्ण जिम्मेदारी संबंधित कार्यालयध्यक्ष/नोडल अधिकारी/वृत लेखाधिकारी की स्वयं की होगी। राज्य बीमा विभाग द्वारा अग्रिम प्रीमियम प्राप्त होने पर ही निर्धारित दिनांक से पॉलिसी का नवीनीकरण किया जाता है। अन्यथा प्रीमियम प्राप्ति दिनांक से आगामी एक वर्ष हेतु जोखिम वहन की जाती है। अतः निर्धारित दिनांक से पूर्व ई–ग्रास के माध्यम से प्रीमियम मय GST राज्य बीमा विभाग के बजट मद में जमा कराते हुये चालान की प्रति के साथ राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय को तत्काल सूचित करना सुनिश्चित करें।

प्रकिया तथा शर्ते एवं निबन्धनः–

1. नियन्त्रण अधिकारी द्वारा बीमित कर्मचारी की दुर्घटना से मृत्यु एवं दुर्घटना से क्षति की सम्पूर्ण विवरण युक्त सूचना परिशिष्ट "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को अविलम्ब घटना घटित होने की तिथि से एक कलेन्डर माह की अवधि के अंदर भेजी जायेगी।
2. प्रीमियम की दर वार्षिक है, अतः वर्ष में केवल एक बार ही प्रीमियम राशि की कटौती की जानी है। योजना के अन्तर्गत निर्धारित वार्षिक प्रीमियम पर अधिकतम दो लाख का बीमाधान होगा।
3. योजना के लाभ प्रत्येक अधिकारी/कर्मचारी को योजना के अन्तर्गत उल्लेखित क्षतियों के, पॉलिसी के प्रभावी रहने की अवस्था में, किसी भी स्थान अथवा समय पर घटित होने पर देय होगें।
4. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी प्रीमियम की प्रत्येक कटौती पर एक वर्ष (12 कलेन्डर माह) हेतु प्रभावी रहेगी एवं पॉलिसी की अवधि समाप्त होने से पूर्व सेवानिवृत होने वाले अधिकारियों/कर्मचारियों को भी पॉलिसी अवधि की समाप्ति तक पॉलिसी के लाभ देय होगें।
5. यह योजना दैनिक वेतन भोगी कर्मचारियों, ठेकेदारों द्वारा नियोजित कर्मचारियों पर तथा निगम में पुनः नियुक्ति/संविदा पर लगे कर्मचारियों/अधिकारियों पर लागू नहीं होगी।
6. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत दुर्घटनाओं में निगम कर्मचारियों की मृत्यु अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों की दशा में योजना के प्रावधानों के अनुसार बीमाधान भुगतान किये जाने का प्रावधान है। योजना के अन्तर्गत दुर्घटना में हुई क्षति का आशय किसी भी ऐसी शारीरिक चोट से है जो किसी बाह्य हिंसात्मक एवं दृश्य माध्यम द्वारा लगी हो। शारीरिक चोट सन्दर्भित दुर्घटना से ही उत्पन्न हुई होनी चाहिये एवं दुर्घटना से पूर्व अस्तित्व में नहीं होनी चाहियें, उदाहरणार्थ समूह सन्दर्भित दुर्घटना बीमा योजना के लाभ निम्न प्रकार की दुर्घटनाओं में हुई क्षति पर देय होगें:–
    1. वाहन दुर्घटना से होने वाली क्षति।
    2. सीढियों से गिरकर लगने वाली चोट की क्षति।
    3. किसी जहरीले जन्तु के काट लेने से होनी वाली क्षति।
    4. मकान के ढहने से होने वाली क्षति।
    5. साम्प्रदायिक हिंसा से होने वाली क्षति।
    6. बिजली के झटके से होने वाली क्षति।
    7. विभिन्न प्राकृतिक विपदाओं से होने वाली क्षति।
    8. जलने से होने वाली क्षति की दशा में।
    9. किसी निगम कर्मचारी की हत्या हो जाने अथवा हत्या के प्रयास में होने वाली शारीरिक क्षति की दशा में।
7. स्पष्टतः योजना के अन्तर्गत केवल उन्ही प्रकरणों पर विचार किया जायेगा जिनमें मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियां दुर्घटनाओं से उत्पन्न होती है। आशय यह है कि योजना के अर्न्तगत प्राकृतिक कारणों से होने वाली मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियों पर इस पॉलिसी के अन्तर्गत किसी प्रकार का लाभ देय नहीं होगा, उदाहरणार्थ निम्न स्थितियों में मृत्यु/क्षतियों के प्राकृतिक कारणों से उत्पन्न होने के कारण लाभ देय नहीं होगें:–
    1. हृदयगति रूक जाने से होने वाली मृत्यु अथवा अन्य क्षतियॉं।
    2. विभिन्न बीमारियों जैसेः कैसर, टीबी इत्यादि से होने वाली मृत्यु अथवा क्षतियां।
    3. विभिन्न दुर्घटनाओं में क्षतियों के अन्तर्गत हाथ की क्षति, पैर की क्षति अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों के संबंध में दिये गये विवरण के अनुरूप क्षति होने पर ही लाभ देय होगा। आशय यह है कि उपरोक्त विवरण के अतिरिक्त प्रकार की क्षति यथा–हाथ पैर का फैक्चर इत्यादि होने की दशा में योजना के अन्तर्गत लाभ देय नहीं होगें।
8. पॉलिसी के अन्तर्गत निम्नलिखित स्थितियों में होने वाली क्षतियों पर भी पॉलिसी के लाभ देय नहीं होगें –
    1. आत्म क्षति, आत्म हत्या या आत्म हत्या का प्रयास, पागलपन अथवा किसी निगम कर्मचारी द्वारा नशीले द्रव्य के प्रयोग से होने वाली क्षति।
    2. चिकित्सा अथवा शल्य किया के दौरान होने वाली क्षति।
    3. नाभिकीय विकीरण अथवा परमाणविक अस्त्रों से होने वाली क्षति ।
    4. युद्ध, विदेशी आकमण, विदेशी शत्रु कृत्यों, गृह युद्ध, देशद्रोह अथवा राष्ट्र विरोधी गतिविधियो से होने वाली क्षति।
    5. गर्भधारण अथवा प्रसव के कारण होने वाली क्षति।
    6. बीमित व्यक्ति द्वारा आपराधिक उद्देश्य से विधि द्वारा निर्धारित कानून का उल्लंघन करते समय हुई क्षति।

बीमा पॉलिसी की एक वर्ष की अवधि के दौरान पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित के सम्बन्ध में एक से अधिक दावों के मामलों में भुगतान बीमित को इस पॉलिसी के अन्तर्गत देय अधिकतम भुगतान रूपये दो लाख से अधिक नहीं होगा, उदाहरणार्थ उपरोक्त बीमा पॉलिसी की किसी अवधि के दौरान यदि किसी निगम कर्मचारी को पहले, आगे वर्णित उपबन्ध 10(3) के अन्तर्गत एक ऑख अथवा अन्य अंग की क्षति पर एक लाख रूपये का भुगतान किया जाता है तो पॉलिसी की उसी अवधि के दौरान कर्मचारी की मृत्यु हो जाने की दशा में मृत्यु हेतु प्रस्तावित राशि में से उपरोक्त कर्मचारी को पूर्व में स्वीकृत राशि कम करके भुगतान किया जायेगा ।

9. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत
   1. हाथ की क्षति से आशयः
      हाथ की कलाई अथवा ऊपर से पार्थक्य एवं
   2. पैर की क्षति से आशयः
      पैर की एडी अथवा ऊपर से पार्थक्य

10. योजना के अन्तर्गत विभिन्न क्षतियों पर देय बीमाधन के लाभ निम्न प्रकार देय होगें:

क.सं.	दुर्घटना में हुई क्षति का प्रकार	दुर्घटना पर देय लाभ/बीमाधन
1.	दुर्घटना में मृत्यु हो जाने पर	2 लाख
2.	दुर्घटना में दोनो हाथों या दोनो पैरों या दोनो ऑखो अथवा एक हाथ एवं एक आंख अथवा एक पैर एवं एक आंख अथवा एक पैर एवं एक हाथ की क्षति पर	2 लाख
3.	दुर्घटना में एक हाथ अथवा एक पैर अथवा एक आंख की क्षति पर	1 लाख
4.	उपरोक्त क्षतियों के अलावा अन्य प्रकार की शारीरिक क्षति से बीमाकृत व्यक्ति के 100% स्थाई विकलांग होने तथा सेवायोजन अथवा किसी भी प्रकार की निगम सेवा के लिये सम्पूर्ण रूप से अयोग्य होने की दशा में	2 लाख
5.	आंशिक क्षतियों की दशा में:	
	अ. श्रवण शक्ति की क्षतियों की दशा में	
	(1) श्रवण शक्ति की पूर्ण क्षति (दोनो कानों की क्षति)	1 लाख
	(2) श्रवण शक्ति की क्षति (एक कान की पूर्ण क्षति)	30 हजार
	ब. हाथ के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति	
	(1) एक हाथ के अंगूठे एवं चारो अंगुलियों की क्षति	80 हजार
	(2) एक हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त चारो अंगुलियों की क्षति (समस्त अंगुलस्थियों की क्षति)	50 हजार
	स. हाथ के अंगूठे की क्षति	
	(1) हाथ के एक अंगूठे की क्षति (दोनो अंगुलस्थियों की क्षति)	50 हजार
	(2) हाथ के एक अंगूठे क्षति (एक अंगुलस्थियों की क्षति)	20 हजार
	द. हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त अन्य अंगुलियों की क्षति	
	(1) किसी भी अंगुली की समस्त अंगुलस्थियों की क्षति पर	12 हजार
	(2) किसी भी अंगुली की दो अंगुलस्थियों की क्षति पर	10 हजार
	(3) किसी भी अंगुली की एक अंगुलस्थि की क्षति पर	6 हजार
	य. पांव के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति	
	(1) दोनो पांव की समस्त पावांगुलियों की क्षति पर (समस्त अंगुलस्थियों की क्षति)	40 हजार
	(2) पांव के एक अंगूठे की क्षति (दोनों अंगुलस्थियों की क्षति)	10 हजार
	(3) पांव के एक अंगूठे की क्षति पर (एक अंगुलस्थि की क्षति)	4 हजार
	(4) अंगूठे के अतिरिक्त की एक अथवा अधिक अंगुलियों की क्षति (दोनो अंगुलस्थियों की क्षति)	2 हजार प्रति अंगुली
	(5) अंगूठे के अतिरिक्त पांव की एक अथवा अधिक अंगुलियों की क्षति (एक अंगुलस्थी की क्षति)	1 हजार प्रति अंगुली
	र. जलने से होने वाली शारीरिक क्षतियॉ	
	(1) 50 प्रतिशत या उससे अधिक जलने की स्थिति में	1 लाख
	(2) 40 प्रतिशत या उससे अधिक परन्तु 50 प्रतिशत से कम जलने की दशा में	75 हजार
	(3) 30 प्रतिशत या उससे अधिक परन्तु 40 प्रतिशत से कम जलने की दशा में	50 हजार
	नोट : जलने से होने वाली उपरोक्त क्षतियों पर देय बीमाधन सम्बन्धित राज्य कर्मचारी द्वारा राज्य सरकार द्वारा निर्धारित प्रकिया के अनुरूप वांछित प्रपत्रा में प्रमाण–पत्र प्रस्तुत किये जाने पर ही देय होगा	
6.	पॅालिसी के अन्तर्गत किसी भी निगम कर्मचारी की मृत्यु की दशा में सम्बन्धित कर्मचारी का मृतक शरीर दाह संस्कार हेतु एक शहर/कस्बा/गॉव से दूसरे शहर /कस्बा/गॉव ले जाने हेतु देय राशि	2 हजार

11. प्रत्येक अधिकारी/कर्मचारी से प्रीमियम राशि की कटौती करना अनिवार्य है। यदि किसी कारणवश कार्यालयाध्यक्ष/नोडल अधिकारी द्वारा कटौती नहीं की जा सकी है तो लेखाधिकारी कार्यालय द्वारा प्रीमियम राशि की कटौती वेतन के भुगतान से पूर्व सुनिश्चित की जायेगी ।

12. **जिन कर्मचारियों का वेतन कार्यालयाध्यक्ष द्वारा माह सितम्बर, 2017 (देय माह अक्टूबर, 2017) का किसी कारणवश नहीं बनाया जा सका है तो ऐसे कर्मचारियों के वेतन से प्रीमियम की कटौती जब भी वेतन बनाया जायेगा, की जायेगी।**

13. **यदि किसी कर्मचारी की नियुक्ति 22.10.2017 के पश्चात् होती है तो उसके वेतन से प्रीमियम राशि की कटौती निम्नानुसार आनुपातिक दर पर की जायेगी।**

आनुपातिक दर पर देय प्रीमियम = 250 x शेष महीनों की संख्या + 18% GST

टिप्पणी : प्रीमियम राशि की कटौती पूर्ण रूपयों में की जानी है। रूपये के किसी भी अंश को अगले निकटतम पूर्ण रूपये में काटा जायेगा ।

14. प्रीमियम राशि की कटौतियों का विवरण संलग्न प्रपत्र परिशिष्ट–ख में तीन प्रतियों में बनाकर दो प्रतियॉ मूल वेतन विपत्र के साथ निश्चित रूप से संलग्न की जानी है ।

15. ऐसे अधिकारी/कर्मचारी जिनके सेवाकाल समाप्ति में एक साल से कम का समय है, उनके वेतन से भी प्रीमियम राशि 295.00/– रूपये की कटौती की जानी है। ऐसे मामलों में सेवा निवृति के पश्चात् भी 22 अक्टूबर, 2017 से एक साल की अवधि के लिये दुर्घटना से मृत्यु पर बीमा परिलाभ देय होगें। ऐसे अधिकारी/कर्मचारी जिनकी सेवा निवृति तिथि 31 अक्टूबर, 2017 है, उनके वेतन से भी कटौती की जानी है ।

16. कार्यालयाध्यक्ष प्रस्ताव पत्र एवं मनोनयन पत्र संलग्न (परिशिष्ट–'क') में दो प्रतियों में प्रत्येक कर्मचारी से भरवाकर एक प्रतिलिपि संबन्धित अधिकारी/कर्मचारी के सेवा अभिलेख में रखेगें तथा द्वितीय प्रति लेखाधिकारी कार्यालय को भिजवायेगें

17. मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नि/लड़का/लड़की) के पक्ष में ही किया जा सकता हैं परिवार के उपरोक्त सदस्यों के न होने की दशा में माता, पिता भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जा सकता है। उपरोक्त दोनो अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है। मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में प्रस्ताव पत्र में निर्धारित स्थान पर मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये । आहरण एवं वितरण अधिकारी यह सुनिश्चित करेंगे कि मनोनयन उपरोक्तानुसार ही किया गया है। किसी अधिकारी/कर्मचारी द्वारा योजना में प्रविष्टि के समय किया गया मनोनयन निम्नलिखित दो परिस्थितियों में ही परिवर्तित किया जा सकता है:–

(अ) योजना में प्रविष्टि के समय सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी के अविवाहित होने की दशा मे उसके तदुपरान्त पॉलिसी की किसी एक अवधि के दौरान विवाहित होने पर ।

(ब) योजना में प्रविष्टि के समय सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी द्वारा मनोनीत किये गये व्यक्ति की पॉलिसी की अवधि के दौरान मृत्यु हो जाने पर (उपरोक्त परिस्थिति मे सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी द्वारा मनोनयन परिवर्तन हेतु भरे जाने वाले प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ट "छ" पर देखें)

सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी मनोनयन परिवर्तन प्रपत्र दो प्रतियों में भरकर अपने कार्यालयाध्यक्ष को प्रस्तुत करेगें । कार्यालयाध्यक्ष उपरोक्त प्रपत्र अग्रेषित कर साधारण बीमा निधि के जिला कार्यालयों को भिजवा देंगे। साधारण बीमा निधि कार्यालय उपरोक्त प्रपत्र के आधार पर अभिलेख में आवश्यक संशोधन कर लेगा।

18. दुर्घटना में मृत्यु हो जाने पर बीमा राशि का भुगतान अधिकारी/कर्मचारी द्वारा मनोनीत व्यक्ति एवं मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों पर बीमित निगम कर्मचारी को राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (संलग्न परिशिष्ठ "1") के संबंधित जिला कार्यालय द्वारा किया जायेगा। सामान्य दशा में मृत्यु होने पर बीमा राशि देय नहीं होगी ।

19. योजना के अन्तर्गत उल्लेखित दुर्घटना के होने पर सम्बन्धित निगम कर्मचारी या उसके द्वारा मनोनीत जैसी भी अवस्था हो, के द्वारा एक दावा प्रपत्र भरा जाएगा। (किसी निगम अधिकारी/कर्मचारी की मृत्यु के प्रकरण मे भरे जाने वाले आवश्यक दावा प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ठ "घ" एवं मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों के प्रकरण में भरे जाने वाले आवश्यक दावा प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ठ "ड" संलग्न है) कार्यालयाध्यक्ष उनके अधीन किसी भी अधिकारी/कर्मचारी को योजना के अन्तर्गत उल्लेखित क्षति होने पर वांछित दावा प्रपत्र बीमित व्यक्ति अथवा उसके मनोनीत से अविलम्ब भरवाकर मय आवश्यक दस्तावेज यथा FIR, FR, PMR विभागीय जांच रिपोर्ट, ईलाज का विवरण आदि एक सप्ताह में सम्बन्धित लेखाधिकारी के माध्यम से राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि) के संबंधित जिला कार्यालय को प्रस्तुत करेगें। कार्यालयाध्यक्ष यह सत्यापित करेगें कि कर्मचारी जिसके सम्बन्ध में दावा पेश किया गया है वह 22 अक्टूबर, 2017 या तत्पश्चात् निगम में सेवारत था एवं माह अक्टूबर, 2017 अथवा उसके पश्चात्वर्ती माह के उसके वेतन विपत्र से प्रीमियम राशि 295.00/– रूपये अथवा आनुपातिक प्रीमियम राशि की कटौती की गयी थी । यह प्रमाण पत्र सी–1 रजिस्टर में किये गये इन्द्राज पर आधारित होगा। दावा घटना घटित होने की तिथि से छः माह में सम्पूर्ण विवरण व आवश्यक प्रलेखों सहित परिशिष्ठ "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को प्रस्तुत कर दिया जाना चाहिये। ऐसे समस्त प्रलेख/सूचना हर दशा में 12 माह के अन्दर अन्दर विलम्ब के कारण दर्शाते हुए प्रस्तुत कर दिये जाने चाहिये, अन्यथा बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग द्वारा "कोई दावा नहीं" ;"No Claim) मानते हुए प्रकरण को बन्द कर दिया जावेगा। दावे की एक छाया प्रति मुख्य लेखा नियन्त्रक, राराविप्रनिलि, जयपुर के कार्यालय को अवश्यम्भावी रूप से प्रेषित की जायेगी ।

20. पॉलिसी जारी करने का कार्य राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय द्वारा किया जाता है। अतः प्रीमियम जमा कराने के बाद राज्य बीमा विभाग के संबंधित जिला कार्यालय से पॉलिसी प्राप्त करना सुनिश्चत करें। उक्त दायित्व संबंधित वृत लेखाधिकारी का होगा।

21. योजना के विभिन्न बिन्दुओं पर वांछित जानकारी प्राप्त करने, शंकाओं का निवारण करने एवं पत्र व्यवहार करने हेतु कार्यालय, वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि), वित्त भवन, डी–ब्लाक, द्वितीय मंजिल, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर–302005 से सम्पर्क किया जाये। कार्यालय के दूरभाष नम्बर निम्नलिखित हैं:

1. 0141–2740219, 2740292 सीधी लाईन
2. 0141–2744570 (अतिरिक्त निदेशक)

कृपया इस परिपत्र की सूचना समस्त कार्यालयों के अधिकारियों/कर्मचारियों को देने के साथ ही सूचना पट्ट पर भी सभी की जानकारी हेतु प्रदर्षित/चस्पा करवायें ।

आज्ञा से,

(मधु पाण्डेय)
मुख्य लेखाधिकारी
(पी.एण्ड.एफ. –नियंत्राण)

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ अग्रेषित है :

1. निजी सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, सवाई जयसिंह हाईवे, बनी पार्क जयपुर।
2. निजी सहायक, निदेशक ( ), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
3. सचिव (प्रशासन), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
4. मुख्य अभियन्ता / अतिरिक्त मुख्य अभियन्ता / उप मुख्य अभियन्ता ( ), रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., जयपुर
5. नियन्त्रक (आ. अं.), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
6. मुख्य लेखाधिकारी ( ), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., ...
7. सलाहकार (विधि मामलात), राजस्थान राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
8. अधीक्षण अभियन्ता ( ), राजस्थान राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., ... । उनसे अनुरोध है कि वे अपने स्तर पर अपने अधीनस्थ सभी कार्यालयों में उक्त परिपत्र की प्रतियॉ भेजने की तुरन्त व्यवस्था करने के साथ ही यह भी सुनिश्चित करें कि कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2017 के वेतन से समूह बीमा योजना की राशि निश्चित रूप से काटी गयी है ताकि कर्मचारियों को उक्त योजना के परिलाभ अक्टूबर, 2017 से प्राप्त हो सके।
9. अधीक्षण अभियंता (एम.आई.एस.), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
10. आयुक्त जांच ( ), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
11. निजी सचिव, अध्यक्ष एवं प्रबन्ध निदेशक / निदेशक ( ), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर ।
12. कम्पनी सचिव, राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
13. उप मुख्य लेखा नियन्त्रक (पी.एण्ड.एफ.) / उप निदेशक(आं.अं.–व्यय) / सचिव (संयुक्त व्यवस्था परिषद / भविष्य निधि), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., ... ।
14. वरिष्ठ लेखाधिकारी / लेखाधिकारी ( ), रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि.,......................... ।
15. सहायक लेखाधिकारी (संस्थापन–नियन्त्रण / सिविल / ....), रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., ... ।
16. आवासीय अधिकारी, रा.रा.वि.प्रसारण निगम स्टाफ हाऊस, 7–8, ग्रीन पार्क, नई दिल्ली ।
17. उप निदेशक कार्मिक (मुख्यालय), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर को इस परिपत्रा की 14 अतिरिक्त प्रतियॉ बी.बी.एम.बी. / बी.सी.बी. के अधिकारियों को भेजने हेतु संलग्न है।
18. सहायक सचिव (संस्था–), राज. राज्य. विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर । उनसे अनुरोध है कि प्रतिनियुक्ति पर नियुक्त कर्मचारियों की बीमा की राशि माह सितम्बर, 2017 के (माह अक्टूबर, 2017 में देय) वेतन से प्रतिनियुक्त कर्मचारी के कार्यालयाध्यक्ष द्वारा काटे जाने की व्यवस्था सुनिश्चित करने के साथ ही साथ काटी गयी राशि अविलम्ब वरिष्ठ लेखाधिकारी (संस्थापन अंकेक्षण–रोकड), रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., जयपुर को भिजवाना भी सुनिश्चित करें ।
19. अतिरिक्त निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी विभाग (साधारण बीमा निधि), दूसरी मंजिल, डी–ब्लॉक, वित्त भवन, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर। को भेजकर अनुरोध है कि वे उक्त परिपत्र में वर्णित प्रकिया तथा शर्तो एवं निबन्धनों में यदि कोई संशोधन आवश्यक हो तो इस कार्यालय को शीघ्र सूचित करें ताकि तदनुसार कार्यवाही की जा सके ।
20. वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक, राज्स बीमा प्रावधायी निधि विभाग संभाग कार्यालय जयपुर प्रथम, जयपुर द्वितीय, कोटा, बीकानेर, भरतपुर, जोधपुर, अजमेर, उदयपुर, को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।
21. संयुक्त / उप / सहायक निदेशक, राज्य बीमा प्रावधायी निधि विभाग जिला कार्यालय .... को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।
22. निजी सहायक, मुख्य लेखा नियन्त्रक, रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., जयपुर।
23. सहायक जन सम्पर्क अधिकारी, रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., जयपुर ।
24. एनलिस्ट कम प्रोग्रामर, रा.रा.वि.प्रसारण नि. लि., जयपुर ।
25. सूचना पट्ट ।

(एच.के. रामचन्दानी)
लेखाधिकारी (संस्थापन–नियन्त्रण)

परिशिष्ट– "क"

राजस्थान राज्य विद्युत प्रसारण निगम लिमिटेड
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव पत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जाव)
वर्ष–2017–18

1. प्रस्तावक का नाम व पद : ....

2. पिता/पति का नाम : ....

3. वर्तमान कार्यालय का नाम : ....

4. स्थायी पता : ....
....

5. वर्तमान पता : ....
....

6. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर, कान अथवा आंख की किसी अपंगता से ग्रस्त हैं ? यदि हां तो विवरण दें । ....
....
....
....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषणा पत्र

मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री) के पक्ष में ही किया जाये परिवार न होने की दशा में माता–पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाये । उपरोक्त दोनो अवस्थायें न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है । (मनोनीत व्यक्ति के अवस्क होने की दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये)

मैं श्रीमती/कुमारी/श्री .... एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में, साधारण बीमा निधि द्वारा देय राषि का भुगतान श्रीमती/कुमारी/श्री .. .. आयु ....वर्ष .... (प्रस्तावक से सम्बन्ध) को किया जाये ।

मैं यह घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गयी रसीद साधारण बीमा निधि के लिये पर्याप्त विमुक्ति होगी । मैं यह घोषणा करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह कि मैने जोखिम के आंकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है । मैं सहमति देता / देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगें ।

स्थान :
दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

कार्यालय अध्यक्ष द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण–पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गयी व्यवस्था के अनुरूप है ।

हस्ताक्षर
कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

स्थान :
दिनांक :

* यदि मनोनित नाबालिग है तो संरक्षक का नाम एवं प्रस्तावक से संबंध।

परिशिष्ट– "ख"

राजस्थान राज्य विद्युत प्रसारण निगम लिमिटेड

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना कटौती पत्र
वर्ष 2017–18

कार्यालय का नाम ....
....

वृत का नाम ....

क.स.	नाम कर्मचारी	पिता / पति का नाम	पद	मनोनीत का नाम एवं कर्मचारी से सम्बन्ध	मनोनीत की उम्र	प्रीमियम राशि
कुल कर्मचारी				कुल प्रीमियम राशि		

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

* यदि मनोनीत नाबालिग है तो संरक्षक का नाम एवं प्रस्तावक से संबंध

परिशिष्ट–"ग"

<u>प्रमाण पत्र वर्ष 2017–18</u>

प्रमाणित किया जाता है कि निगम के परिपत्र क्रमांक .... दिनांक .... के अनुसरण में निगम के कर्मचारियों पर लागू समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी हेतु संलग्न सूची में वर्णित कार्यालयों के ....(संख्या) कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2017 के वेतन बिल से अंकों में.......................... रूपये तथा अक्षरों में .... रूपये की कटौती की जाकर कटौती की कुल राशि व्र. लेखाधिकारी (सं. अ. – रोकड़), रा. रा. वि. प्रसारण निगम लि., जयपुर को ई ग्रास के माध्यम से विभागीय बजट मद 8011–00–105–02–01 में दिनांक .... को जमा करवा दी गई है ।

वृत्त लेखाधिकारी
मय सील

परिशिष्ट "ड."

राजस्थान राज्य विद्युत प्रसारण निगम लिमिटेड
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना दावा प्रपत्र
(मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों की दशा में बीमादार द्वारा भरा जाये)
वर्ष 2017-18

1. (अ) बीमेदार का नाम, पद व कार्यालय का नाम ....
(ब) पिता/पति का नाम ....
(स) घर का स्थायी पता ....
....
....
(द) घर का वर्तमान पता ....
....

2. (अ) बीमित व्यक्ति के वर्तमान आहरण व वितरण अधिकारी का पता ....
....
(ब) वर्तमान पॉलिसी हेतु प्रीमियम कटौति करने वाले आहरण व वितरण अधिकारी का पता ....
....
....

3. (अ) दुर्घटना का समय एवं दिनांक ....
(ब) दुर्घटना का स्थान ....
(स) दुर्घटना का विवरण (यहां दुर्घटना के सम्बन्ध में समस्त विवरण यथा– दुर्घटना किस परिस्थिति में एवं कैसे घटित हुई, दुर्घटना में बीमेदार को क्या शारीरिक क्षति हुई इत्यादि का विवरण दें) ....
....
....
....
(द) चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया गया ....
(य) क्या दुर्घटना से पूर्व बीमेदार द्वारा किसी नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ? ....
....

4. यदि दुर्घटना के सम्बन्ध में पुलिस में प्रथम सूचना रिपोर्ट दर्ज करवाई गई हो तो उसकी प्रति संलग्न करें । ....
....

5. शारीरिक क्षति हेतु अधिकृत चिकित्सा अधिकारी का निर्धारित प्रपत्र में प्रमाण पत्रा संलग्न करें । ....
....

....

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से सम्बन्धित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाये तो इसके लिये मै व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊगां/होऊंगी।

बीमेदार के हस्ताक्षर
मय स्थायी पता
मोबाईल नम्बर

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह .... वर्ष 2017-18 के वेतन बिल से काटा जाकर ई ग्रास संख्या .... दिनांक .... के माध्यम से जिला कार्यालय .... में जमा करवाया गया, ई चालान की प्रति संलग्न है।

(स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को आधार माना जावे) मेरी जानकारी के अनुसार बीमेदार द्वारा दुर्घटना के सम्बन्ध में दावा प्रपत्र तथ्य सत्य है।

दिनांक:
स्थान:

हस्ताक्षर
कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैं .... (मृतक का नाम) का / की .... (सम्बन्ध) हूँ एवं श्री/श्रीमती/कुमारी/ .... की मृत्यु के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से सम्बन्धित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है । यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाये तो इसके लिये मै व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊंगा / होऊंगी ।

दावेदार के हस्ताक्षर
एवं पूर्ण स्थायी पता
मय मोबाईल नं.

दिनांकः
स्थानः

दावा प्रपत्र पूर्ण रूप से भरा जावे/निम्नाकिंत वांछित सूचनाये/दस्तावेज आवश्यक है:-

1. पुलिस एफ.आई.आर. की पूर्ण स्पष्ट आगे.पीछे की प्रमाणित प्रति । यदि एफ.आई.आर. दर्ज नहीं करवायी गयी हो तो नहीं करवाने का कारण अंकित करें ।
2. पुलिस को अन्तिम जांच रिपोर्ट (एफ.आर.)/चालान की पूर्ण स्पष्ट आगे–पीछे प्रमाणित प्रति मय गवाहों के बयानों सहित ।
3. पोस्टमार्टम रिपोर्ट की स्पष्ट पूर्ण आगे–पीछे प्रमाणित प्रति । यदि पोस्टमार्टम नहीं करवाया गया हो तो नहीं करवाये जाने का कारण अंकित करें।
4. घटना का पूर्ण विवरण, घटना (कब, कहां व कैसे घटित हुई) ।
5. विमुक्ति पत्र पर मनोनीत के हस्ताक्षर प्रमाणित कर भिजवायें ।
6. पोस्टमार्टम विसरा अथवा एफ.एस.एल. की रिपोर्ट।
7. ईलाज का पूर्ण विवरण यथा इन्डोर टिकिट/डिस्चार्ज टिकिट/चिकित्सा परिचर्या/ ली गयी दवाईयो का पूर्ण विवरण इत्यादि की पूर्ण प्रमाणित प्रतियां ।
8. मूल प्रस्ताव पत्र।

विमुक्ति पत्र

(मृतक निगम कर्मचारी के मनोनीत (दावेदार) द्वारा पूर्ति किया जाये । मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में उसके पंजीकृत संरक्षक द्वारा पूर्ति किया जाये)

मै श्री/श्रीमती/कुमारी (मृतक का नाम).. के जीवन पर जारी की गयी समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना पॉलिसी के अन्तर्गत भुगतान के सम्बन्ध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/ करती हूँ ।

दिनांक:
स्थान:

हस्ताक्षर मनोनीत (दावेदार)
अथवा संरक्षक

(विमुक्ति पत्र भरने वाले का पूरा नाम, स्थायी पता तथा मोबाईल नम्बर)

(हस्ताक्षर प्रमाणित करने वाले का पूर्ण विवरण)

कार्यालयध्यक्ष द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण-पत्र

कार्यालयाध्यक्ष

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह सितम्बर, 2017 के बिल संख्या .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत रूपये .... काटा गया था । (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को उपरोक्त सूचनाओं का आधार माना जाये) दावेदार, बीमित व्यक्ति द्वारा समूह व्यक्तिगत पॉलिसी हेतु मनोनीत व्यक्ति है / संरक्षक है एवं दावेदार मृतक कर्मचारी/अधिकारी का / की .... (सम्बन्ध) है। बीमेदार की मृत्यु दुर्घटना में दिनांक .... को हो गयी है।

दिनांक:
स्थान:

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

वृत लेखाधिकारी द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार का समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत प्रीमियम उसके माह सितम्बर, 2017 के वेतन से वेतन विपत्र संख्या .... दिनांक .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत .... रूपये काटा गया था एवं ई ग्रास संख्या .... दिनांक ....के माध्यम से काटा जाकर सम्बन्धित संयुक्त/उप/सहायक निदेशक बीमा एवम् प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय .... को भिजवाया गया था ।

दिनांक:
स्थान:

हस्ताक्षर
वृत लेखाधिकारी
मय सील

* प्रिमियम जमा कराए गए ई चालान की कॉपी संलग्न करें।

परिशिष्ट–"घ"

राजस्थान राज्य विद्युत प्रसारण निगम लिमिटेड
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना दावा प्रपत्र
(दावेदार की दुर्घटना में मृत्यु की दशा में मनोनीत द्वारा भरा जाये)
वर्ष 2017–18

1. (अ) बीमेदार का नाम, पद व कार्यालय का नाम ....
   (ब) पिता/पति का नाम ....
   (स) घर का स्थायी पता ....
   ....
   ....
   (द) घर का वर्तमान पता (जहां दावे के भुगतान की सूचना भेजी जानी है) ....
   ....
   ....
2. (अ) दावेदार (मनोनीत) का नाम ....
   (ब) मृतक से सम्बन्ध ....
   (स) मनोनीत के अव्यस्क होने की स्थिति में पंजीकृत संरक्षक का नाम ....
   (द) संरक्षक का मनोनीत से सम्बन्ध ....
3. (अ) बीमित व्यक्ति के वर्तमान आहरण व वितरण अधिकारी का पता ....
   ....
   ....
   (ब) वर्तमान पॉलीसी हेतु प्रीमियम कटौति करने वाले आहरण एवं वितरण अधिकारी का पता ....
   ....
   ....
4. (अ) दुर्घटना का समय एवं दिनांक ....
   (ब) दुर्घटना का स्थान ....
   (स) दुर्घटना का पूर्ण विवरण (यहां दुर्घटना के सम्बन्ध में समस्त विवरण यथा– दुर्घटना किस परिस्थिति में एवं कैसे घटित हुई निर्दिष्ट करें) ....
   ....
   ....
   ....
   ....
   (द) चिकित्सालय का नाम, जहां मृतक का उपचार किया गया ....
   ....
   (य) मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान ....
5. मृत्यु प्रमाण पत्रा संलग्न करें (जहां नगर परिषद / पालिकाएं कार्यरत हैं वहां उपरोक्त से मृत्यु प्रमाण पत्रा प्राप्त कर संलग्न करें) ....
6. दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट संलग्न करें। ....
7. क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया गया था ? यदि हां, तो रिपोर्ट संलग्न करें ....
8. क्या मृतक के दाह संस्कार हेतु मृतक शरीर को एक शहर / कस्बा / गांव से दूसरे शहर / कस्बा / गांव ले जाया गया था ? यदि हां तो कृपया विवरण दें। ....
   ....
   ....
   ....

परिशिष्ट "छ"

राजस्थान राज्य विद्युत प्रसारण निगम लिमिटेड
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत मनोनयन परिवर्तन प्रपत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)

मै श्रीमती/कुमारी/श्री .... एतद् द्वारा यह घोषणा करती हूँ / करता हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत प्रस्ताव प्रपत्र भरते समय मैने श्रीमती / कुमारी / श्री .... जो मेरा / मेरी/ मेरे .... (सम्बन्ध) हैं, को समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु मनोनीत घोषित करती/करता हूँ ।

मै यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिये पर्याप्त विमुक्ति होगी ।

स्थानः
दिनांकः

प्रस्तावक के हस्ताक्षर..........

प्रस्तावक का नाम ....
पद ....

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है ।

स्थानः
दिनांकः

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

वृत लेखाधिकारी द्वारा दिये जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार का समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत प्रीमियम उसके माह सितम्बर, 2016 के वेतन से वेतन विपत्र संख्या .... दिनांक .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत .... रूपये काटा गया था एवं ई ग्रास संख्या .... दिनांक ....के माध्यम से काटा जाकर सम्बन्धित संयुक्त/उप/सहायक निदेशक बीमा एवम् प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय .... को भिजवाया गया था ।

दिनांक:
स्थान:

हस्ताक्षर
वृत लेखाधिकारी
मय सील

दावा प्रपत्र पूर्ण रूप से भरा जावे एवं निम्नाकिंत वांछित सूचनाये/दस्तावेज आवश्यक है:-

1. पुलिस एफ.आई.आर. की पूर्ण स्पष्ट आगे.पीछे की प्रमाणित प्रति। यदि एफ.आई.आर. दर्ज नहीं करवायी गयी हो तो नहीं करवाने का कारण अंकित करें ।
2. पुलिस को अन्तिम जांच रिपोर्ट (एफ.आर.)/चालान की पूर्ण स्पष्ट आगे-पीछे प्रमाणित प्रति मय गवाहों के बयानों सहित।
3. घटना का पूर्ण विवरण, घटना (कब, कहां व कैसे घटित हुई) ।
4. विमुक्ति पत्र पर मनोनीत के हस्ताक्षर प्रमाणित कर भिजवायें ।
5. ईलाज का पूर्ण विवरण यथा इन्डोर टिकिट/डिस्चार्ज टिकिट/चिकित्सा परिचर्या/ली गयी दवाईयो का पूर्ण विवरण इत्यादि की पूर्ण प्रमाणित प्रतियां ।