

प्रमाण पत्र "क"

प्रथम भाग

(ये कर्मचारी जिनके वेतन बिल कोष कार्यालय से पारित किये जाते है के द्वारा पूर्ति की गई)

मैं पुत्र जो कि कार्यालय
..... में के पद पर
कार्यरत है, प्रमाणित करता हूँ कि निम्न/माहों के उनके सम्मुख अंकित अनुसार मेरे वेतन से बीमा प्रीमियम की कटौती की
गई है :-

पालिसी संख्या _____

क्र. सं.	माह/महीने	प्रीमियम दर
----------	-----------	-------------

मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि :-

1. उपरोक्तानुसार दर्शायी गई प्रीमियम की दर मेरी जानकारी में सही है।
2. मेरे द्वारा प्रीमियम की दर अंकित नहीं किये जाने की दशा में लुप्त कटौती के माह से तुरन्त पहले प्राप्त प्रीमियम की दर से बीमा विभाग द्वारा समायोजित प्रीमियम मुझे स्वीकार होगा।
3. उपरोक्तानुसार समायोजन के फलस्वरूप अधिक भुगतान होने की दशा में भुगतान हुई राशि राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को लौटा दूंगा।

हस्ताक्षर कर्मचारी

भाग द्वितीय

(वर्तमान आहरण एवं वितरण अधिकारी द्वारा पूर्ति किया जावे)

उक्त कर्मचारी की सेवा पुस्तिका/अवकाश पंजिका/व्यक्तिगत पंजिका से सत्यापन अनुसार प्रमाणित किया जाता है कि कर्मचारी उपरोक्त वर्णित अवधि में निलम्बन/अवैतनिक अवकाश/परिवर्तित अवकाश कर नहीं था। या किसी अन्य निगम/मण्डल आदि स्वास्वशासन संस्था एवं स्थानीय विकास में प्रति नियुक्ति पर नहीं था।

आहरण एवं वितरण अधिकारी
पद मय मोहर

राज्य बीमा एवं प्रवधायी 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 हो :-

1. बीमेदार का स्थायी पता जिस पर भविष्य में पत्र व्यवहार किया जा सके।
(क) कार्यालय का दूरभाष संख्या
(ख) अन्य दूरभाष संख्या
2. (क) कर्मचारी की जन्म तिथि जो सर्विस रिकार्ड में अंकित की गई है।
(ख) क्या जन्म तिथि बदली गई है, यदि हां तो
आदेश की प्रतिलिपि संलग्न करें।
(ग) यदि कर्मचारी निलम्बित रहा है/बिना वेतन
आवकाश पर रहा है तो पूर्ण विवरण दें।
3. कर्मचारी के सेवाकाल में वर्ष 1983 से पदस्थापना का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार दें :-

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

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

दिनांक :

उच्चाधिकारी हस्ताक्षर
मय पद एवं सील