

प्रपत्र क्रमांक ७

(परिच्छेद १९.५)

राज्य शासकीय कर्मचारी गट विमा योजना, १९८२ खालील लाभांसाठी नामनिर्देशन

शासकीय कर्मचारी कुटुंबवान असेल व तो / ती कुटुंबातील एका किंवा अनेक व्यक्तीस नामनिर्देशित करू इच्छित असेल अशावेळी.

मी, याद्वारे माझ्या कुटुंबाचा घटक असलेल्या खाली नाव नमूद केलेल्या व्यक्तीस / व्यक्तींना नामनिर्देशित करित असून तिला / त्यांना सेवेत असताना मी मरण पावलो / पावले तर, राज्य शासकीय गट विमा योजना, १९८२ खाली राज्य शासन मंजूर करील अशी कोणतीही रक्कम किंवा माझे नियतसेवा वयमान झाल्यानंतर जी देय झाली असेल व माझ्या मृत्यूच्या वेळी मिळावयाची राहिली असेल अशी कोणतीही रक्कम खाली नमूद केलेल्या मर्यादेपर्यंत स्वीकारण्याचा अधिकार बहाल करित आहे.

नामनिर्देशित व्यक्तीचे / व्यक्तींची नाव / नावे आणि पत्ता / पत्ते	शासकीय कर्मचाऱ्याशी असलेले नाते	वय	प्रत्येकाला प्रदान करावयाचा रकमेचा हिस्सा*	जी घटना घडल्यास नामनिर्देशन अग्राह्य होईल अशी घटना	नामनिर्देशित व्यक्ती शासकीय कर्मचाऱ्याच्या मृत्यू पूर्वीच मरण पावल्यास तिचा अधिकार ज्या व्यक्तीकडे जाईल अशा व्यक्तीचे नाव, पत्ता आणि शासकीय कर्मचाऱ्याशी नाते असल्यास ते
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)

आज दिनांक रोजी येथे
दोन साक्षीदारांच्या सहा -

१.

२.

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही.

टीप : शासकीय कर्मचाऱ्याने सही केल्यानंतर नामनिर्देशन पत्रात आणखी कोणतीही नावे समाविष्ट करण्यास प्रतिबंध करण्यासाठी शासकीय कर्मचाऱ्याने शेवटच्या नोंदीखालील कोऱ्या जागेत आरपार रेघ मारावी.

*विमा योजनेखाली देय होणारी संपूर्ण रक्कम समाविष्ट होईल अशा रीतीने हा स्तंभ भरावा.

FORM-1

(As referred to in para no. 8 of Government Resolution, Finance Department, No. CPS 1007/18/SER- 4,
dated 7 July, 2007)

FORM OF APPLICATION FOR EMPLOYEES APPOINTED ON OR AFTER 01/11/2005
(To be furnished by the Employee through concern DDO in English in Triplicate)

To,

The State Record Keeping Agency

Attach passport
size photo duly
attested by the
D.D.O on the
front side.

Sir,

I hereby apply for getting the Pension Account (PA) Number under the New D.C.P. Scheme.

1. Name of the Employee (in Block letters)

First Name Middle Name Surname

2. Sex : Male/Female M F

2. Date of Birth (DD/MM/YY) : DD MM YYYY

3. Date of joining Govt. service : DD MM YYYY

4. Name and full address of Office : _____

5. Post on which appointed (specify Group A/B/C/D) : A B C D

6. Designation & pay Scale : Designation _____ Pay Scale _____

7. Residential Address alongwith Phone No. : _____

8. a) Whether previously working in Government Office or any other Organisation/ Institution to which New D.C.P.S. is applicable

b) If so, the Pension Account Number allotted earlier

9. Details of Nominee (for accumulations under the Pension Account)

Sr.No.	Name and Full Address of Nominee(s)	Age	Date of Birth	Percentage of share payable	Relationship with the Government servant.

10. I, Shri / Smt. _____, am aware that till the Central Record Keeping Agency is appointed by the Central Government, any action /decision taken by the State Record Keeping Agency in consultation with Government, will be binding on me. I also understand that after appointment of Central Record Keeping Agency, the total amount standing to my credit at that time will be transferred to the said Agency.

Place - _____
Date - _____

Signature of the Employee