

कार्यालय ज्ञापन

भारत तिब्बत सीमा पुलिस बल द्वारा जवानों के कल्याणार्थ दिनांक 09.03.2018 से 08.03.2019 तक एक वर्ष के लिए इच्छुक पदाधिकारियों का सामूहिक जीवन बीमा, बीमा कम्पनियों के माध्यम से संचालित किया जा रहा है। सामूहिक जीवन बीमा हेतु देय लाभांश रु. 10,00,000 (दस लाख) का रिस्क कवर किसी भी प्रकार की मृत्यु के मामले पर प्रदान किया जायेगा। जिसका वार्षिक प्रीमियम रुपये 1746.40/- प्रति व्यक्ति है, जो कि बल कर्मियों के माह मार्च 2018 के वेतन से कटौती किया जायेगा, इस बीमा योजना के अन्तर्गत भा.ति.सी.पुलिस के वे सभी पदाधिकारी बीमित होंगे जिनका के०अ०का० द्वारा माह मार्च 2018 के वेतन से अशंदान कटौती किया जायेगा। उक्त योजना के अनुसार 09 मार्च 2018 से 08 मार्च 2019 तक किन्हीं भी परिस्थितियों के कारण मृत पदाधिकारियों के उत्तराधिकारियों को निम्नानुसार बीमा लाभांश देय किया जायेगा :-

क) किसी भी प्रकार की मृत्यु पर देय लाभांश (Inclusive Suicidal cases)- रुपये 10 लाख

2. उक्त लाभांश के लिए **LIC of India** के दावा फॉर्म महानिदेशालय को दो दो सत्यापित प्रतियों में निम्नानुसार भेजना अनिवार्य है:-

1) किसी भी प्रकार की मृत्यु में:-

क) **LIC of India** क्लेम फार्म सेनानी/कार्यालयध्यक्ष से हस्ताक्षरित।

ख) मृत्यु प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति (Attested copy of Death Certificate)

3 इस संदर्भ में यह भी अवगत कराया जाता है कि नये भर्ती कर्मियों का वार्षिक प्रीमियम Pro-rata के अनुसार निम्न होगा जिसकी कटौती करके इस कार्यालय को समय से भिजवाने की कृपा करें :-

New Members- Month of joining (From First to Last day of the Month)	Basic Premium	18% GST	Total Premium Amount
09 march to 08 April-2018	1480	266.40	1746.40
09 April to 08 may-2018	1356.67	244.20	1600.87
09 May to 08 June-2018	1233.34	222	1455.34
09 june to 08 July-2018	1110.01	199.80	1309.81
09 July to 08 August-2018	986.68	177.60	1164.28
09 August to 08 September-2018	863.35	155.40	1018.75
09 September to 08 October-2018	740.02	133.20	873.22
09 October to 08 November-2018	616.69	111	727.69
09 November to 08 December -2018	493.36	88.80	582.16
09 December to 08 january-2018	370.03	66.60	436.63
09 January to 08 February-2018	246.70	44.40	291.10
09 February to 08 March-2019	123.33	22.20	145.53

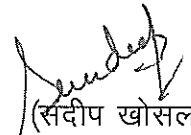
4 जो कर्मियों प्रतिनियुक्ति पर यू0एन मिशन, बी0आर0ओ0/हाईकमिशन अफगानिस्तान व अन्य विभागों एवं देशों में है, एवं जिन कर्मियों का प्रीमियम उपरोक्त माह के वेतन से कटौती नहीं हुआ है या वेतन पर रोक लगाई गई (Pay withheld) है, उनका प्रीमियम 10.04.2018 तक सचिव NOK Welfare फण्ड महानिदेशालय, के खाता सं0 35859042285 में जमा कर पूर्ण विवरण (जन्म तिथि एवं भर्ती तिथि) सहित, महानिदेशालय को भेजे, इस संदर्भ में यह भी अवगत कराया जाता है कि प्रीमियम जमा न होने के कारण ऐसे कर्मियों बीमित नहीं होंगे एवं बीमा राशि से वंचित रह सकते हैं। इसके अतिरिक्त सभी वाहिनी/इकाइयों के कार्यालयध्यक्षों से अनुरोध है कि अपनी वाहिनी में आमद होते ही नये इच्छुक रिकरूटों से उपरोक्तानुसार बीमा प्रीमियम लेकर उपरोक्त खाता सं0 में भिजवाये एवं कर्मियों का पूर्ण डाटा इस कार्यालय को उपलब्ध करवाये और अनिच्छुक कर्मियों का प्रार्थना पत्र की एक प्रतिलिपी अपने रिकॉर्ड में रखें तथा दूसरी इस कार्यालय को उपलब्ध करवाना सुनिश्चित करें क्योंकि प्रायः देखने में आया है कि कुछ रिकरूटों की ट्रेनिंग के दौरान मृत्यु होने के कारण उनके उत्तराधिकारी को बीमा लाभ से वंचित रहना पडा है।

5 यहाँ यह भी अवगत कराया जाता है कि सम्बन्धित रिकरूट/प्रतिनियुक्ति पर पदाधिकारी का अंशदान बीमा कम्पनी को जमा हो जाने की स्थिति में ही वह बीमा लाभांश का हकदार होगा तथा नये भर्ती व किसी भी संस्थान में प्रतिनियुक्ति पर गये पदाधिकारियों का अंशदान जमा करवाने की जवाबदेही सम्बन्धित बल स्थापनाओं के कार्यालयध्यक्षों की होगी।

6 अतः अनुरोध है कि बीमा राशि के भुगतान हेतु प्रकरण निर्धारित प्रपत्र में ठीक प्रकार से तैयार करके मृत्यु प्रमाण पत्र (Death certificate) के साथ मृत्यु के 20 दिनों के भीतर महानिदेशालय में भिजवाना सुनिश्चित करें ताकि मृतकों के उत्तराधिकारी को समय से बीमा राशि का भुगतान हो सके।

7 उक्त योजनाओं के बारे में सभी अधिकारियों / जवानों को हर सम्भव माध्यम द्वारा सूचित किया जाये।

संलग्न:- 1. LIC of India द्वारा जारी बीमा दावा प्रपत्र एवं **MOU** की छायाप्रति।


(संदीप खोसला)
उप महानिरीक्षक (प्रशासन)

सेवा में,

- 1 समस्त (सीमान्त) मुख्यालय/क्षेत्रीय मुख्यालय/ वाहिनियों/ प्रशिक्षण केन्द्र / ल0व0क0 जोन / आधार चिकित्सालय एवं रेफरल अस्पताल नई दिल्ली/ कम्पोजिट अस्पताल चण्डीगढ़, देहरादून।
- 2 एन0टी0सी0डी0ए0 / 07वीं व 08 वीं एन0डी0आर0एफ/सी0आई0जे डब्लू0 स्कूल / लिपिकीय प्रशिक्षण स्कूल/सभी आर0टी0सी0 ।
- 3 मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, के0अ0का0, भा0ति0सी0पु0बल आर0के0पुरम नई दिल्ली।
- 4 अनुभाग अधिकारी स्थापना अनुभाग, महानिदेशालय को इस आशय से कि सभी प्रतिनियुक्ति में तैनात कर्मियों/ पदाधिकारियों को बीमा प्रीमियम संबंधित विभाग के माध्यम से जमा कराने हेतु निर्देशित करें।
- 5 अनुभाग अधिकारी (पर्स) अनुभाग, महानिदेशालय भा0ति0सी0पु0बल।
- 6 उप सेनानी प्रशासन, महानिदेशालय, भा0ति0सी0पु0 बल।
- 7 एस0पी0जी0, एन0एस0जी0, सी0बी0आई0 के0अन0ब्यूरो एवं सीमा सुरक्षा बल।



Life Insurance Corporation of India

Pensions & Group Schemes Unit

<Address of the P&GS Unit>

Phone nos: <Unit Phone No1>, <Unit Phone No1>

Email id: <E-mail ID>, Fax: <Fax No>

Claim Form for Employer-Employee Group Insurance Scheme

To be completed by the Master Policy Holder of the Group Insurance scheme

We would like to submit our claim for the Group Insurance benefit in respect of the following employee who died while in service:

1	Name of the Scheme	
2	Master Policy No	
3	Full Name of the Deceased Member	
4	LIC ID	
5	Employee No	
6	Date of Appointment	
7	Date of Birth	
8	Date of Entry into Scheme	
	Category	
	Salary as on the date of ARD	
9	Date and Time of Death of the Member	__/__/__; __:__ AM/PM
11	Cause of Death	
12	Place of Death	
13	Amount of Sum Assured	
14	Was the Member in the service of the employer on the date of Death?	Yes/No
15	Last Premium Paid On	
	For Due	
	Mode of Payment	M/Q/H/Y
16	Date when the member last attended duty	
17	Was the member absent from duty on grounds of ill health on date of entry in the scheme	Yes/No
18	If Yes mention the leave particulars	
19	Aadhar No. of the Deceased Employee	

SIGNATURE OF THE MASTER POLICY HOLDER
WITH COMPANY SEAL

We hereby declare that the answers to all the above questions are true in every respect and the above employee was a member of the group insurance scheme and was in our service on the date of death.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20

SIGNATURE OF MASTER POLICY HOLDER
WITH OFFICIAL SEAL

Discharge Receipt

Master Policy No: _____

We hereby acknowledge receipt of a sum of Rs _____ (Rupees _____) from The Life Insurance Corporation of India in full and final settlement of the claim and demand in respect of above mentioned claim. Further we agree and declare that upon such a payment the Corporation will be discharged of our entire claim in respect of the above insured member.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20

Witness

Signature : _____
Name : _____
Address : _____

Please Affix
a Re.1/-
Revenue
Stamp

Master Policy Holder