

ક્રમાંક : ઉશિક/કડીપી/જુથવીમાકલેઇમ/૨૦૧૭-૧૮/૪૮૨-૮૭૮  
ઉચ્ચ શિક્ષણ કમિશ્નરની કચેરી,  
બ્લોક નં.૧૨/૦૨, ડા. જીવરાજ મહેતા ભવન,  
ગુ.રા., ગાંધીનગર. તા. ૦૨/૦૨/૨૦૧૮

વંચાણે લીધા :-

(૧) શિક્ષણ વિભાગ, સચિવાલય, ગાંધીનગરના સરકયુલર નંબર :- MIS - 1184 / 64773 - KH,  
તા.૨૧/૦૧/૧૯૮૫

પરિપત્ર :-

રાજ્ય સરકારની બિન સરકારી અનુદાનિત કોલેજોનાં શૈક્ષણિક અને બિન શૈક્ષણિક કર્મચારીઓના ગ્રુપ ઇન્સ્યુરન્સ કપાત આમુખ : (૧) માં વંચાણે લીધેલા સરકયુલર અન્વયે જે કર્મચારીઓની ગ્રુપ ઇન્સ્યુરન્સ કપાત થયેલ હોય તેવા કર્મચારીઓનું ચાલુ નોકરી દરમ્યાન અવસાન થયેલ હોય તે કર્મચારીઓનાં કિસ્સાઓમાં જુથ વીમા યોજના ડેઇથ કલેઇમ મળવાપાત્ર થાય છે. આ જુથ વીમા યોજના હેઠળ રજૂ થતા કલેઇમની દરખાસ્તો અધૂરી વિગતે મળતી હોવાને કારણે સમયસર ચૂકવણું થઇ શકતું નથી આવી મુશ્કેલી નિવારવા માટે આવા કલેઇમની દરખાસ્ત આ કચેરીમાં કરતી વખતે જરૂરી દસ્તાવેજો તથા નિયત ફોર્મ અને જરૂરી આધારો સાથે દરખાસ્ત કરવી.

જુથ વીમા યોજના ડેઇથ કલેઇમની દરખાસ્ત સાથે નીચે જણાવેલ આધારો રજૂ કરવાના રહેશે.

૧. સ્વ.શ્રીનાં વારસદારની વિગતો એનેક્ષર-૪ ફોર્મ (સામેલ છે) માં સંપૂર્ણ વિગતો ભરીને (રેવન્યુ ટીકીટ ઉપર આચાર્યશ્રીના કિસ્સામાં મેનેજીંગ ટ્રસ્ટીશ્રી / પ્રમુખશ્રી / મંડળશ્રીની સહી તેમજ કર્મચારીઓનાં કિસ્સામાં આચાર્યશ્રીની સહી કરાવી) તે ફોર્મ અસલમાં બે દરખાસ્ત સાથે રજૂ કરવાનાં રહેશે.
૨. અવસાન થયેલ કર્મચારીનો મ્યુનિસિપાલટી / લોકલ ઓથોરીટી / અધિકૃત અધિકારીશ્રીના સહી વાળો અસલ દાખલો અને તેની એક ખરી નકલ.
૩. અવસાન થયેલ કર્મચારીની એસ.બી. (સર્વિસ બુક) માં રજૂ કરેલ નોમીની (વારસાઇ) અંગેનું સામાન્ય નિયુક્તિ ફોર્મમાં જે તે સમયે કર્મચારીએ વારસદારની નિયુક્ત કરેલ અને તે સમયે આચાર્યશ્રીએ ખરાઇ કરી સહી કરેલ હોય તે પાનાની બે ખરી નકલ.
૪. જે તે વર્ષમાં અવસાન થયા હોય તે વર્ષનાં કર્મચારીનાં વર્ષનાં શરૂઆતનાં માસ જાન્યુઆરીમાં ગ્રુપ ઇન્સ્યુરન્સની કપાત થયેલ હોય તે એપેન્ડીક્ષ-૩ કેટેગરી વાઇઝ પત્રકની બે ખરી નકલ.


૫. જે તે વર્ષમાં અવસાન થયા હોય તે કર્મચારીનાં વર્ષનાં શરૂઆતનાં માસ જાન્યુઆરીમાં ગ્રુપ ઇન્સ્યુરન્સની કપાત થયેલ હોય તે પગાર પત્રક (જુથ વીમા કપાત સાથે) ની બે ખરી નકલ.
૬. સ્વ.શ્રીનાં વારસદારની બચત ખાતાના પાસબુકની વિગતો દર્શાવતું નિયત પત્રક (સામેલ છે) બે અસલમાં.
૭. સ્વ.શ્રીનાં વારસદારની બચત ખાતાની પાસબુક અને ચેકની ઝેરોક્ષ બે નકલ.
૮. સ્વ.શ્રીનાં વારસદારનું પેન્શન ચાલુ થયાનો પી.પી.ઓ. નંબરવાળો પત્રની બે ખરી નકલ અથવા સ્વ.શ્રીનાં વારસદારોનાં વિગતો મામલતદારશ્રીની સહી સાથેની પેઢીનામાની બે ખરી નકલ તેમજ
૯. અવસાન થયેલ કર્મચારીના વારસદારનું સ્ટેમ્પ પેપર ઉપર એફીડેવીટ (સોગંદનામા) ની બે ખરી નકલ.

રાજ્ય સરકારની બિન સરકારી અનુદાનિત કોલેજોના શૈક્ષણિક અને બિન શૈક્ષણિક કર્મચારીઓનું ચાલુ નોકરી દરમ્યાન અવસાન થયું હોય તે કર્મચારીઓને વારસદારને ગ્રુપ ઇન્સ્યુરન્સની કપાત હેઠળે જુથ વીમા યોજના ડેઇથ કલેઇમની દરખાસ્ત કરતી વખતે કોલેજ દ્વારા ઉક્ત ક્રમ નંબર : (૧) થી (૯) માં જણાવેલ જરૂરી દસ્તાવેજોની ચકાસણી કરી દરખાસ્ત બે નકલમાં આ કચેરીને સમયસર રજૂ કરવાની રહેશે.

પ્રતિ,  
આચાર્યશ્રી,  
બિન સરકારી અનુદાનિત કોલેજ,  
તમામ.

બિડાણ :- (૧) એનેક્ષર-૪.

(૨) વારસદાર બેંક વિગત દર્શાવતું પત્રક.

  
 નાયબ નિયામક,  
 ઉચ્ચ શિક્ષણ કમિશ્નરની કચેરી,  
 ગુ.રા., ગાંધીનગર.

## ANNEXURE - IV

Claim form under group insurance scheme for the employees of non-government affiliated Arts, Science, Commerce and Education Colleges, Higher Secondary and Secondary Schools in receipt of GRANT-IN-AID in Gujarat State ]

Name of the School / College \_\_\_\_\_

**I. (Portion to be completed by the Nominee / Nominees)**

I am lodging this claim for the amount payable under the scheme :

(1) Name in full of nominee / nominees and address : \_\_\_\_\_

(2) Name of Insured member : \_\_\_\_\_

(a) Date of Birth : \_\_\_\_\_

(b) Date of Retirement : \_\_\_\_\_

(c) Date of Death : \_\_\_\_\_

(3) Relationship : \_\_\_\_\_

(4) Place & Date of Death : \_\_\_\_\_

(5) Name of Institution & Place where the Insured Member was working : \_\_\_\_\_

(6) Name & Full address of the Bank in which the Nominee has S.B.A/c. & its No. : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

(Encl : Death Certificate)

Signature of the Nominee / Nominees

**II. (Portion to be completed by Institution where Insured member was in service prior to Death.)**

(1) Name & address of Institution : \_\_\_\_\_

(2) Sr. No. & Category of the Insured Member in the last list submitted : \_\_\_\_\_

We Confirm that / Shri / Smt. \_\_\_\_\_ was working in our college / school till his death and he was member of the scheme.

Signature of Disbursing Authority

**III. Certificate by Disbursing Authority :**

Name of Insured member : \_\_\_\_\_

Date of Last payment  
made in respect of  
Insured Member : \_\_\_\_\_

Amount of Claim : \_\_\_\_\_

We do hereby acknowledge receipt from LIC of India in full satisfaction and discharge of our claim and authorise LIC of india to pay claim amount to Shri / Smt. \_\_\_\_\_

in his / her \_\_\_\_\_

(Name of Bank)

(Savings Bank A / c)

the address of which is given in part-I above.



Signature of Disbursing  
Authority

# વારસદારની નીચે મુજબની વિગતો આપવાની રહેશે.

ક્રમ

જરૂરી વિગતો

માહિતી આપવાની વિગતો

- (૧) નામ :- \_\_\_\_\_
- (૨) બેંકનું નામ :- \_\_\_\_\_
- (૩) બેંકનું સરનામું :- \_\_\_\_\_
- (૪) બેંક ખાતા નંબર :- \_\_\_\_\_
- (૫) બેંકનો I.F.C. Code No. :- \_\_\_\_\_
- (૬) ફોન નંબર અથવા મોબાઇલ નંબર :- \_\_\_\_\_
- (૭) email id :- \_\_\_\_\_

ટ્રસ્ટી / પ્રમુખ / આચાર્યનાં સહી અને સિક્કો.

(કલેઇમ પેમેન્ટમાં વારસદારની ઉપરની વિગતો અને કેન્સલ કરેલ ચેકની કોપી ફરજિયાતપણે આપવાની રહેશે.)

નોંધ :- રિઝર્વ બેંકની માર્ગદર્શિકા અનુસાર ઉપરોક્ત વિગત તા.૦૧/૧૨/૨૦૧૨ પછીથી ફરજિયાતપણે આપવાની રહેશે. જેથી ભાવિ વ્યવહારમાં મુશ્કેલી ન રહે. અને અમે આપને આપનાં કલેઇમનાં નાણાં સમયસર નાણાં ચુકવી શકીએ.