



अर्थ प्रशासन विभाग  
डॉ. पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ, अकोला

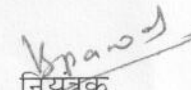
जाकू./अप्रवि/अंसेनियो/233/2018  
दिनांक: 08/02/2018

- संदर्भ: १) वित्त विभाग शासन निर्णय क्र. संकीर्ण-२०१५/प्र.क्र. ४५/विमा प्रशासन दि. ०४/०२/१६  
२) वित्त विभाग शासन निर्णय क्र. संकीर्ण-२०१७/प्र.क्र. ६९/विमा प्रशासन दि. ११/०८/१७

परिपत्रक

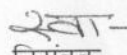
सर्व आहरण व संवितरण अधिकारी-यांना सुचित करण्यात येते की, शासनाने संदर्भ क्रमांक ०१ नुसार राज्य शासकिय अधिकारी/कर्मचारी यांना "समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजना" लागू करण्याचा निर्णय घेतला आहे. संदर्भ क्रमांक ०२ नुसार सदर योजना ही ऐच्छिक स्वरूपाची असून या योजनेमध्ये सहभागी होण्याकरीता अधिकारी/कर्मचारी (प्रकल्पावरिल/कंत्राटी कर्मचारी वगळून) यांनी अनुमति पत्र व नामनिर्देशन पत्र (जोडपत्र ४ व ६) विभागप्रमुख व कार्यालय प्रमुख यांच्याकडे भरून देणे अनिवार्य आहे. माहे एप्रिल ते माहे सप्टेंबर या कालावधीत सेवानिवृत्त होणा-या अधिकारी/कर्मचारी-यांना सदर योजना लागू नसल्यामुळे संबंधितांकडून सदर योजनेची वर्गणीची कपात करण्यात येवू नये.

समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेच्या अंमलबजावणीसाठी संबंधित कार्यालय प्रमुख/आहरण व संवितरण अधिकारी यांनी त्यांच्या अधिनस्त कर्मचारी-यांच्या वेतन देयकानुन अपघात विमा वर्गणी (गट अ ते ड अधिकारी/कर्मचारी-यांकरीता वार्षिक वर्गणी रू. ३५४/-) माहे फेब्रुवारी, २०१८ देय माहे मार्च, २०१८ च्या वेतनानुन वसूल करणे आवश्यक राहिल. त्यासाठी संबंधित कार्यालयाने कर्मचारी-यांच्या वेतन देयकासोबत विहित जोडपत्र- १ दोन प्रतित जोडणे अनिवार्य राहिल. उपरोक्त प्रकरणी पुर्ततेस्तव सर्वस्वी जबाबदारी संबंधित आहरण व संवितरण अधिकारी यांची राहिल.

  
नियंत्रक,  
डॉ.पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ,  
अकोला.

प्रतिलिपि:-

- कुलसचिव, डॉ. पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ, अकोला.
- मा. कुलगुरू यांचे स्विय सहायक, डॉ. पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ, अकोला.
- सर्व आहरण व संवितरण अधिकारी.

  
नियंत्रक,  
डॉ.पंजाबराव देशमुख कृषि विद्यापीठ,  
अकोला.

जोडपत्र - १

राज्य शासकीय समूह वैयक्तिक अपघात विमा योजना अंतर्गत अधिकारी /कर्मचाऱ्यांच्या वेतनातून कपात करण्यात आलेल्या वार्षिक वर्गणी रक्कमेचा गट निहाय तपशील

कार्यालयाचे नाव व पत्ता :

आहरण व संवितरण अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम :

नियंत्रक अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम :

वर्गणीचा तपशील

अ.क्र.	गटनिहाय वर्गीकरण	कर्मचारी संख्या	वर्गणीचा तपशील		
			वर्गणी	वस्तू व सेवाकर	एकूण रक्कम
१	गट -अ				
२	गट -ब (राजपत्रित व अराजपत्रित )				
३	गट -क				
४	गट -ड				
	एकूण				

- सदर विवरणपत्रासोबत कर्मचाऱ्याची यादी जोडून याबाबतचा दस्तावेज कार्यालयाच्या अभिलेखी सुरक्षित ठेवण्यात यावा.

देयक क्र. व दिनांक

प्रमाणक क्र. व दिनांक

ठिकाण-

कार्यालय प्रमुख/नियंत्रक अधिकाऱ्याचे नाव, पदनाम व सही

दिनांक-

जोडपत्र - ४

नामनिर्देशनाचा नमुना

राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेखालील लाभासाठी नामनिर्देशन

(१) मी ----- पदनाम ----- याद्वारे मला राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजने अंतर्गत रक्कम मला देय होण्यापूर्वी अथवा ती देय झालेली असून, देण्यात आलेली नसेल अशावेळी माझा मृत्यू झाल्यास, अशी रक्कम घेण्यास माझ्या \*कुटुंबातील खाली निर्दिष्ट केलेल्या व्यक्तीला/व्यक्तींना नामनिर्दिष्ट करित आहे आणि असा निर्देश देत आहे की, उक्त रक्कम, तिच्या/त्यांच्या नावासमोर दिलेल्या पध्दतीने उक्त व्यक्तीला/व्यक्तींना देण्यात यावी.  
किंवा

(२) मी ----- पदनाम ----- कुटुंब धारण करित नसल्यामुळे मला राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजने अंतर्गत रक्कम मला देय होण्यापूर्वी अथवा ती देय झालेली असून, देण्यात आलेली नसेल अशा वेळी माझा मृत्यू झाल्यास, अशी रक्कम घेण्यास खाली निर्दिष्ट केलेल्या व्यक्तीला/व्यक्तींना नामनिर्दिष्ट करित आहे आणि असा निर्देश देत आहे की, उक्त रक्कम, तिच्या/त्यांच्या नावासमोर दिलेल्या पध्दतीने उक्त व्यक्तीला/व्यक्तींना देण्यात यावी. यानंतर मी कुटुंब प्राप्त केल्यानंतर हे नामनिर्देशन अवैध ठरेल.

नामनिर्देशित व्यक्तीचे/ व्यक्तींची नाव/नावे व पूर्ण पत्ता	वर्गणी- दाराशी नाते	नामनिर्देशित व्यक्तीचे वय	प्रत्येक नामनिर्देशित व्यक्तीला देय असलेला रकमेचा भाग	ज्या घटना घडल्यामुळे नामनिर्देशन विधिअग्राह्य ठरेल अशा आकस्मिक घटना	वर्गणीदाराच्या आधी नामनिर्देशित व्यक्ती मरण पावल्यास तिचा हक्क ज्या व्यक्तीकडे जाईल त्या व्यक्तीचे/व्यक्तींचे नावे, पत्ता आणि नाते
१.	२	३	४	५	६

\*महाराष्ट्र नागरी सेवा (निवृत्तिवेतन) नियम, १९८२ च्या प्रकरण ९ मधील नियम क्र.१११ च्या पोट-नियम

५ मधील कुटुंब या व्याख्येनुसार

ठिकाण :

दिनांक :

वर्गणीदाराची सही

साक्षीदारांचे नांव व सही:-

१.

२.

[कार्यालयाच्या उपयोगासाठी]

नामनिर्देशन मिळाल्याचा दिनांक:-

दिनांक:-

कार्यालय प्रमुखाचे पदनाम व सही

जोडपत्र-६

**अनुमतीपत्र**

मी,श्री/श्रीमती/कुमारी -----आपल्या विभागात /कार्यालयात-----  
-----या पदावर कार्यरत आहे.

राज्य शासकीय समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेचा /योजनेची सदस्य होण्यास मी इच्छूक आहे.

आपला/आपली

स्थळ:-

दिनांक

( )

अधिकारी/कर्मचारी यांचे नाव व पदनाम