महापारेषण
महाराष्ट्र राज्य विद्युत पारेषण कंपनी मर्यादित

(महाराष्ट्र शासन अंगीकृत)

कामगार, औद्योगिक संबंध व कर्मचारी कल्याण विभाग,
प्रकाशगंगा प्लॉट सी-१९, ई-ब्लॉक ४ था मजला, वांद्रा-कुर्ला कॉम्प्लेक्स,
वांद्रे (पूर्व), मुंबई-४०००५१.
Email : ciro@mahatransco.in website : www. mahatransco.in दूरध्वनी क्र. २६५९५०४३ / २६५९५०६४
C.I.N.No. U40109MH2005SGC153646

जा. क्र. महापारेषण/मासं/का.औ.सं.क.वि/ No 02285 दिनांक :१८.०३.२०१९

19 MAR 2019

परिपत्रक

विषय : महापारेषण कंपनीच्या कार्यरत कर्मचाऱ्यांना ०१.०४.२०१९ ते ३१.०३.२०२० या कालावधीसाठी **"कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजना"** लागू करण्याबाबत.

....

महाराष्ट्र शासनाने शासन निर्णय क्र.संकीर्ण-२०१५/प्रक्र.४५/विमा प्रशासन दि.०४.०२.२०१६ नुसार राज्य शासनाच्या वित्त विभागाच्या अधिनस्त क्षेत्रीय कार्यालय विमा संचालनालयामार्फत समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजना दि.०१.४.२०१६ पासून राज्य शासकीय कर्मचाऱ्यांसाठी रु.१० लाखांकरीता कार्यान्वित केलेली आहे. त्यानुषंगाने, महाराष्ट्र शासनाने शासन निर्णय क्र.संकीर्ण-२०१७/प्रक्र.६९/विमा प्रशासन दि.११.०८.२०१७ अन्वये राज्यातील विविध शासकीय विभागांच्या प्रशासकीय नियंत्रणाखाली सर्व निम-शासकीय कार्यालये, जिल्हा परिषद, पंचायत समिती, ग्रामपंचायती, महानगरपालिका, नगरपालिका, नगरपरिषद, नगर पंचायती, शासकीय महामंडळे, मंडळे, सार्वजनिक उपक्रम इ. कार्यालयांतर्गत कार्यरत कर्मचाऱ्यांकरिता देखील सदर योजना लागू केलेली आहे.

म.रा.वि.मं.सुत्रधारी कं.मर्यादित संचालक मंडळाच्या ८४ व्या बैठकीत मंडळ ठराव क्र. ७३२/२०१८ दि.१५.५.२०१८ नुसार तिन्ही कंपन्यांतील कार्यरत कर्मचाऱ्यांना रु.१० लाख विमा रक्कमेची **"कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजना"**लागू करण्यास मंजूरी दिलेली आहे. त्या अनुषंगाने महापारेषण कंपनीच्या कर्मचाऱ्यांना सदरची योजना १ एप्रिल २०१९ ते ३१ मार्च २०२० या कालावधीसाठी लागू करण्याबाबतच्या प्रस्तावास मा.अध्यक्ष व व्यवस्थापकीय संचालक यांनी संचालक (वित्त), कार्यकारी संचालक (मासं), यांच्याशी विचारविनिमय करुन मान्यता दिलेली आहे.

योजनेची ठळक वैशिष्टये :

१. **योजनेचे नाव :-** "कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजना".
२. अपघात विमा रक्कम रु.१० लाख.
३. **योजनेचा कालावधी :-** दि.१ एप्रिल २०१९ पासून ते दि.३१.०३.२०२० पर्यंत योजना लागू राहील.
४. सदर योजना महापारेषण कंपनीमधील दि.१ एप्रिल २०१९ रोजी सेवेमध्ये कार्यरत असणाऱ्या कर्मचाऱ्यांना लागू आहे.
५. **सक्षम अधिकारी -** मा.विमा संचालक, विमा संचालनालय महाराष्ट्र शासन.
६. **दाव्यांची प्रतिपूर्ती करणारे अधिकारी -** कनिष्ठ तांत्रिक अधिकारी, विमा संचालनालय महाराष्ट्र शासन.
७. कर्मचाऱ्याला सेवाकालावधीत कुठेही अपघात झाल्यास कर्मचाऱ्यास अपघात विमा योजनेतंर्गत नुकसान भरपाईकरीता दावा दाखल करता येईल.
८. कर्मचाऱ्याला प्राणांतिक/अप्राणांतिक अपघात झाल्यास खालीलप्रमाणे राशीभुत विमा अनुज्ञेय राहील.

अपघातामुळे आलेला मृत्यु	:	१०० टक्के
अपघातामुळे आलेले कायमचे अपंगत्व	:	१०० टक्के
अपघातात दोन हात, दोन पाय, दोन्ही डोळे गमावल्यास	:	१०० टक्के
अपघातात एक हात, पाय अथवा एक डोळा गमावल्यास	:	५० टक्के

कायमचे अंशत: अपंगत्व आल्यास अपंगत्वाच्या टक्केवारीनुसार सोबत जोडलेल्या परिशिष्टानुसार रक्कम अदा करण्यात येते. **(शासन निर्णय क्र.संकीर्ण २०१७/प्र.क्र.६९/विमा शासन दि.११.०८.२०१७ मधील परिशिष्ट सोबत जोडले आहे)**

९. **दावा दाखल करण्याची पध्दती :-** संबंधीत कार्यालयाने कर्मचाऱ्याला प्राणांतिक/अप्राणांतिक अपघात झाल्याची प्राथमिक माहिती/ सुचना (Intimation Letter) विमा संचालक, विमा संचालनालय, महाराष्ट्र राज्य मुंबई यांचेकडे ३० दिवसांच्या आत जोडपत्र-२ मध्ये संपूर्ण माहिती भरुन खाली दिलेल्या पत्त्यावर सादर करणे संबंधीत कार्यालयावर बंधनकारक आहे.

अ. कर्मचाऱ्याचा प्राणांतिक अपघात झाल्यास :-
(मृत्युचा दावा दाखल करण्यासाठी आवश्यक कागदपत्रे)

- दावा दाखल करण्यासाठी जोडपत्र-२ भरावे.(सोबत जोडले आहे)
- मृत्यु प्रमाणपत्राची मुळ प्रत
- नामनिर्देशन पत्र (जोडपत्र-४) (सोबत जोडले आहे)
- विमाधारकाने किंवा त्याच्या कायदेशीर वारसदाराने पूर्ण भरलेला अपघात विमा दाव्याचा अर्ज (जोडपत्र-३) (सोबत जोडले आहे)
- संबंधीत पोलीस ठाण्यामध्ये दाखल करण्यात आलेल्या प्रथम खबर अहवालाची साक्षांकीत प्रत.
- पोलीस पंचनामा/घटनास्थळ पंचनामा साक्षांकीत प्रत.
- शवविच्छेदनाचा अहवाल साक्षांकीत प्रत.
- मरणोत्तर पंचनाम्याची साक्षांकीत प्रत.
- संबंधीत कर्मचाऱ्याच्या वेतनातून अपघात विमा रक्कम कपात केल्याबाबतची वेतन चिठ्ठी साक्षांकित करण्यात आलेली प्रमाणपत्रासह.
- संबंधीत कार्यालयाने वारसाकडून दावा दाखल करण्यासाठी वरील कागदपत्रासह संपूर्ण प्रस्ताव खालील पत्त्यावर पोच देय डाक नोंदणीने अथवा स्पीड पोस्टने पाठवावा.

ब कर्मचाऱ्यास कायमस्वरुपी अंशत: अथवा कायमस्वरुपी पुर्णत: अपंगत्व (अप्राणांतिक अपघात)आल्यास :-

- दावा दाखल करण्यासाठी जोडपत्र-२ भरावे.(सोबत जोडले आहे)
- विमाधारकाने किंवा त्याच्या कायदेशीर वारसदाराने पूर्ण भरलेला अपघात विमा दाव्याचा अर्ज (जोडपत्र-३) (सोबत जोडले आहे)
- संबंधीत पोलीस ठाण्यामध्ये दाखल करण्यात आलेली प्रथम खबर अहवालाची साक्षांकीत प्रत.
- पोलीस पंचनामा/घटनास्थळ पंचनामा साक्षांकीत प्रत.
- शल्यचिकीत्सकाचे वैद्यकीय प्रमाणपत्र.
- शारीरीक अपंगत्व/विकलांगता दर्शविणारा फोटो.
- संबंधीत कर्मचाऱ्याच्या वेतनातून अपघात विमा रक्कम कपात केल्याबाबतची वेतन चिठ्ठी साक्षांकित करण्यात आलेली प्रमाणपत्रासह.
- संबंधीत कार्यालयाने कर्मचाऱ्यांकडून दावा दाखल करण्यासाठी वरील कागदपत्रासह संपूर्ण प्रस्ताव खालील पत्त्यावर पोच देय डाक नोंदणीने अथवा स्पीड पोस्टने पाठवावा.

१०. **दावा दाखल करण्याचा संपूर्ण पत्ता :-** कनिष्ठ तांत्रिक अधिकारी, विमा संचालनालय, महाराष्ट्र राज्य, गृह निर्माण भवन (म्हाडा), २६४, पहिला मजला, कलानगर समोर, वांद्रे (पूर्व), मुंबई - ४०००५१. कार्यालय क्रमांक - २६५९०६९० / २६५९०७४६ , विस्तारीत क्रमांक :- २०१६, फॅक्स न. ०२२-२६५९०४०३ / २६५९२४६१ ईमेल :- jtomisc.doi@mgif.maharashtra.gov.in

११. **आर्थिक तरतूद :-**

विमा संचालक, विमा संचालनालय महाराष्ट्र राज्य मुंबई यांनी निर्धारित केल्यानुसार अनुज्ञेय वार्षिक अपघात विमा हप्ता प्रती कर्मचारी प्रतीवर्षी रु.३५४/- (GSTसह) इतका आहे. सदर योजनेसाठी कर्मचाऱ्यांकडून रु.१६९/- व कंपनीमार्फत रु.१८५/- असे एकूण रु. ३५४/- (GSTसह) वार्षिक अपघात विमा रक्कम महापारेषण कंपनीमार्फत विमा संचालनालय कार्यालयाकडे जमा करण्यात आलेली आहे.

अ) यापैकी कर्मचाऱ्यांच्या माहे मार्च २०१९ च्या वेतनातून वैयक्तिक रु.१६९/-(GSTसह) इतका वार्षिक विमा हप्ता एकरक्कमी कपात करण्याबाबतच्या सूचना परिमंडळ स्तरावर सहा. महाव्यवस्थापक (मासं) तसेच सांघिक कार्यालय स्तरावर महाव्यवस्थापक (मासं-आस्था.) यांनी संबंधित अधिकाऱ्यांना द्याव्यात.

ब) सदर कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेचा कालावधी प्रतिवर्षी १ एप्रिल ते ३१ मार्च असा असून या कालावधी दरम्यान नव्याने नियुक्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांना सदर योजनेचा लाभ मिळावा यासाठी महाराष्ट्र शासनाने शासन निर्णय क्र.संकीर्ण-२०१८/प्रक्र.८५/विमा दि.०५.०३.२०१९ अन्वये खालीलप्रमाणे निर्देश जारी केलेले आहेत :

१. सदर कर्मचाऱ्यास नियुक्तीनंतर प्रथमत: प्रत्यक्ष वेतन आहरीत करण्यात येईल, त्या वेतन देयकातून योजनेची वर्गणी वसूल करण्यात यावी.

२. ज्या महिन्यात प्रथम वेतन देयक आहरीत करण्यात येईल, त्यापुढील महिन्याच्या १ तारखेपासून ३१ मार्चपर्यंत ही योजना कर्मचाऱ्यास लागू राहील.

३. १ एप्रिल नंतर नव्याने नियुक्त होणाऱ्या कर्मचा-यांच्या बाबतीत, योजना लागू होण्याच्या कालावधीनुसार खालीलप्रमाणे वर्गणी वसूल करण्यात यावी.

अ.क्र.	योजनेचा कालावधी	योजनेचा कालावधी	एकूण वर्गणी रुपये	**एकूण वर्गणी G.S.T. सह**	कर्मचारी वाटा G.S.T. सह	कंपनीचा वाटा G.S.T. सह
१.	एप्रिल ते सप्टेंबर	६ महिन्यांपेक्षा जास्त ते १ वर्ष	रु.३०० + G.S.T.	**३५४**	१६९	१८५
२.	ऑक्टोबर ते डिसेंबर	६ महिन्यांपर्यंत	रु.२२५ + G.S.T.	**२६६**	१२८	१३८
३.	जानेवारी ते फेब्रुवारी	३ महिन्यांपर्यंत	रु.१५० + G.S.T.	**१७७**	८५	९२
४.	मार्च	१ महिन्यांपर्यंत	रु. ७५ + G.S.T.	**८९**	४३	४६

म्हणजेच संबंधित परिमंडळाच्या सहा.महाव्यवस्थापक (मासं) यांनी व सांघिक कार्यालयाच्या बाबतीत वरिष्ठ व्यवस्थापक (मासं-देयके) यांनी नवनियुक्त कर्मचाऱ्यांच्या बाबतीत कर्मचाऱ्याच्या प्रथम वेतनातून कर्मचाऱ्याचा वाटा उपरोक्त तक्त्यानुसार वसूल करुन विमा संचलनालयास रक्कम अदा करताना कंपनीच्या वाटयासहीत म्हणजेच एकूण वर्गणी (जी.एस.टी सहीत) अदा करावी :-

- वर नमूद केल्यानुसार कर्मचाऱ्यांच्या माहे मार्च २०१९ च्या वेतनातून कपात करण्यात आलेली वार्षिक अपघात विमा हप्त्याची रक्कम तसेच नवनियुक्त कर्मचाऱ्यांच्या बाबतीत वसूल करण्यात आलेली रक्कम **(Account Head-GLcode- १४०२५२)** या खाते शिर्षकाखाली जमा करण्यात यावी.

- दि.१ एप्रिल २०१९ रोजी कार्यरत असलेल्या अधिकारी / कर्मचाऱ्यांकडून शासन निर्णय क्र.संकीर्ण २०१७/प्र.क्र.६९/विमा शासन दि.११.०८.२०१७ नुसार जोडपत्र-४ मध्ये नामनिर्देशनाची माहिती भरुन घेणे तसेच सदर जोडपत्र सेवापुस्तिकेत प्रथम पृष्ठावर चिटकविणे / जोडणेबाबत संबंधीत मानव संसाधन विभाग प्रमुखाने कार्यवाही करावयाची आहे.

सदर विहित कालावधीमध्ये असे दावे विमा संचानलयाच्या कार्यालयाकडे सादर न झाल्यास संबंधीत अधिकारी / कर्मचाऱ्यांवर जबाबदारी निश्चित करुन विमा संचालनालयाकडून मिळू शकणारी विमा रक्कम संबंधीत जबाबदार कर्मचाऱ्यांकडून म्हणजेच परिमंडळ कार्यालयाकरीता सहा.महाव्यवस्थापक (मासं) व सांघिक कार्यालयाच्या बाबतीत - मानव संसाधन विभागातील संबंधीत प्रकरणी जबाबदार असणाऱ्या कर्मचाऱ्यांकडून वसुली केली जाईल. तसेच, संबंधीत जबाबदार कर्मचाऱ्यांविरुध्द कार्यालयीन शिस्तभंगाची कडक कार्यवाही देखिल केली जाईल.

सदर परिपत्रक मा.कार्यकारी संचालक (मासं) यांच्या मान्यतेने पारीत करण्यात येत असून ते महापारेषण कंपनीच्या ep.mahatransco.in या संकेतस्थळावरील **HR Department→ Industrail Relations Department** च्या Tab मध्ये **Employees Group Personal Accident Insurance Policy (२०१९-२०) या शिर्षकाखाली उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित** प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.

(अनंत पाटील)
मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी

सोबत:
परिशिष्ट - जोडपत्रे

प्रति,

सर्व कार्यकारी अभियंता तत्सम व त्यावरील दर्जाचे अधिकारी, महापारेषण.

प्रत माहितीसाठी सविनय सादर:

१. मा. व्यवस्थापकीय संचालक, म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कं.मर्या., मुंबई.

२. मा. अध्यक्ष व व्यवस्थापकीय संचालक, महापारेषण, सांघिक कार्यालय, प्रकाशगंगा, मुंबई.

३. संचालक (वित्त), म.रा.वि.मं.सुत्रधारी कं.मर्या., सांघिक कार्यालय, हॉंगकॉंग बॅंक इमारत, फोर्ट, मुंबई.

४. संचालक (वित्त) / (संचलन) / (प्रकल्प) महापारेषण, सांघिक कार्यालय, प्रकाशगंगा, मुंबई.

५. कार्यकारी संचालक (मासं), महापारेषण, सांघिक कार्यालय, प्रकाशगंगा, मुंबई.

प्रत रवाना:

मुख्य अभियंता व तत्सम स्तरापर्यंत.

-परिशिष्ट-

अ. **राज्य शासकीय समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेच्या सदस्यास अपघाती मृत्यु अथवा कायम स्वरुपी अपंगत्व/विकलांगता आल्यास खालील तक्त्यानुसार राशीभूत विमा रक्कमेचे लाभ अनुज्ञेय असतील.**

अ.क्र	**अपघाताचे स्वरूप**	**राशीभूत विमा रक्कमेची टक्केवारी**
१	अपघातामुळे आलेला मृत्यू	१००
२	अपघातामुळे आलेले कायमचे अपगंत्व/विकलांगता	१००
३	अपघातात दोन हात, दोन पाय, किंवा दोन्ही डोळे गमावून अपगंत्व/विकलांगत आल्यास	१००
४	अपघातामध्ये एक हात, पाय अथवा डोळा गमावून अपंगत्त्व/विकलांगता आल्यास	५०
५	अपघातामध्ये खालीलप्रमाणे अवयव गमावून अंशतः अपंगत्व/विकलांगता आल्यास	
	पायांची सर्व बोटे	२०
	आगंठ्याचे दोन्ही पेर	५
	आगंठ्याचा एक पेर	२
	आंगठ्या व्यतिरिक्त इतर बोटाच्या प्रत्येक पेरास	१
	दोन्ही कानाचे बहिरेपण	५०
	एका कानाचे बहिरेपण	१५
	एका हाताची चारी बोटे व आंगठा	४०
	हाताची चार बोटे	३५
	हाताच्या आंगठ्याचा एक पेर	१०
	हाताच्या आंगठ्याचे दोन्ही पेर	२५
	तर्जनीचे तिन्ही पेर	१०
	तर्जनीचे दोन पेर	८
	तर्जनीचे एक पेर	४
	मधल्या बोटाचे तिन्ही पेर	६
	मधल्या बोटाचे दोन पेर	४
	मधल्या बोटाचे एक पेर	२
	अनामिकाचे तिन्ही पेर	५
	अनामिकाचे दोन्ही पेर	४
	अनामिकाचे एक पेर	२
	करंगळीचे तिन्ही पेर	४
	करंगळीचे दोन पेर	३
	करंगळीचा एक पेरा	२
	बोटे व मनगट यांना जोडणाऱ्या अस्थी (metacarpals)	
	१. पहिले व दुसरे बोट (अतिरिक्त)	३
	२. तिसरे, चौथे व पाचवे बोट (अतिरिक्त)	२

जोडपत्र-२

राज्य शासकीय कर्मचारी समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजने अंतर्गत सदस्याचा मृत्यू /विकलांगताबाबतचा दावा उदभवल्यानंतर कार्यालय प्रमुखाने सादर करावयाचा अर्जाचा नमूना

१. कार्यालयाचे नाव व पत्ता
दुरध्वनी, फॅक्स, email इत्यादी

२. आहरण व संवितरण अधिकाऱ्याचे नाव व पदनाम

३. योजने अंतर्गत समाविष्ट कर्मचाऱ्याचा तपशील	नाव- पदनाम- गट-
४. कर्मचाऱ्याच्या वेतनातून कपात करण्यात आलेल्या वर्गणीचा तपशील	वर्गणी रु. देयक क्र. व दिनांक प्रमाणक क्र. व दिनांक

५. कर्मचा-यांचा निवृत्तीचा दिनांक

६. दावा दाखल करणाऱ्याचे नाव
(कर्मचारी/वारस)

७. अपघाताचा तपशील
अपघात दिनांक व वेळ
अपघाताचे कारण

८. विमादाव्याचे
स्वरुप
(मृत्यू/विकलांग
ता)

९. दाव्यासंदर्भात दाखल करण्यात आलेली कागदपत्रे (जोडपत्र ५ प्रमाणे)	१. २. ३.

१०. कार्यालय प्रमुखांची शिफारस

ठिकाण:-

कार्यालय प्रमखाचे नाव पदनाम व सही

दिनांक:-

जोडपत्र ३

राज्य शासकीय समुह वैयक्तिक अपघात विमादावा अर्ज (Claim Form) मृत्यू/विकलांगताकरिता

१	अ. योजनेच्या सदस्याचे नाव/नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव	
	ब. नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाते	
२	पत्रव्यवहाराचा पत्ता (दुरध्वनी,ईमेल)	
३	राशीभूत विमा रक्कम	रू.
४	अपघातामुळे मृत्यू/विकलांगता आलेल्या योजनेच्या सदस्याचे नाव व वय	
५	अ.अपघाताचा दिनांक व वेळ ब. अपघाताचे ठिकाण क. साक्षीदाराचे नाव व पत्ता	
६	अपघाताचा तपशील	
७	अपघातामुळे उद्भवलेल्या विकलांगतेचे स्वरूप (जसे. मृत्यू/कायमचे अपगंत्व/हात, डोळे, पाय तसेच इतर कायमचे अशंत: अपगंत्व इत्यादीचा तपशील)	
८	सदस्यावर उपचार करणाऱ्या शल्यचिकित्सकाचे नाव व पत्ता	
९	विमा संचालनालयाच्यावतीने वैद्यकीय अधिकाऱ्याची नियुक्ती करण्यात आली होती काय? असल्यास त्याचे नाव.	

घोषणापत्र

मी खालील सही करणार असे घोषित करतो की वर उल्लेखित तपशील माझ्या माहितीनुसार सत्य व बरोबर असून यामध्ये काही विपर्यास्त तपशील आढळल्यास विमादावा नाकारण्यात येईल याची मला जाणीव आहे.

ठिकाण:

दिनाक : सदस्याचे/नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव व सही.

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 *कुटूंबातील खाली निर्दिष्ट केलेल्या व्यक्तीला/व्यक्तींना नामनिर्दिष्ट करीत आहे आणि असा निर्देश देत आहे की, उक्त रक्कम, तिच्या/त्यांच्या नावासमोर दिलेल्या पध्दतीने उक्त व्यक्तीला/व्यक्तींना देण्यात यावी.

किंवा

(२) मी ----------------------- पदनाम ------------ कुटूंब धारण करीत 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 करीत 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 - ५

राज्य शासकीय समुह वैयक्तिक अपघात विमा योजनेखाली विमादाव्याविषयी सादर करावयाची कागदपत्रे

सदस्यास शारिरीक अपगंत्व/विकलांगता

१. योजनेखाली कर्मचाऱ्यांच्या वेतनातून कपात करण्यात आलेल्या वर्गणीचा तपशील (जोडपत्र १)
२. दावा उद्भवल्यानंतर कार्यालय प्रमुखाने सादर करावयाचा अर्ज (जोडपत्र-२)
३. विमाधारकाने किंवा त्याच्या कायदेशीर वारसदाराने पूर्ण भरलेला अपघात विमादाव्याचा अर्ज (जोडपत्र -३)
४. संबंधित पोलिस ठाण्यामध्ये दाखल करण्यात आलेला प्रथम खबर अहवालाची सांक्षाकित प्रत, आवश्यक असल्यास
५.पोलिस पंचनामा घटनास्थळ पंचनामा साक्षांकित प्रतआवश्यक असल्यास
६.शल्य चिकित्सकाचे वैद्यकीय प्रमाणपत्र
७.शारिरीक अपगंत्व/विकलांगता दर्शविणारा फोटो
८.संबंधित कर्मचाऱ्या वेतनातून वर्गणी कपात केल्याबाबतची वेतनचिठ्ठी/प्रमाणपत्र

सदस्याचा मृत्य झाल्यास

१. योजनेखाली कर्मचाऱ्यांच्या वेतनातून कपात करण्यात आलेल्या वर्गणीचा तपशील (जोडपत्र -१)
२. दावा उद्भवल्यानंतर कार्यालय प्रमुखाने सादर करावयाचा अर्ज (जोडपत्र-२)
३. विमाधारकाने किंवा त्याच्या कायदेशीर वारसदाराने पूर्ण भरलेला अपघात विमादाव्याचा अर्ज (जोडपत्र -३)
४. नामनिर्देशन पत्र (जोडपत्र -४)
५. मृत्यू प्रमाणपत्राची मूळ प्रत
६. संबंधित पोलिस ठाण्यामध्ये दाखल करण्यात आलेला प्रथम खबर अहवालाची सांक्षाकित प्रत, आवश्यक असल्यास
७. पोलिस पंचनामा/घटनास्थळ पंचनामा साक्षांकित प्रत
८. शवविच्छेदनाचा अहवाल साक्षांकित प्रत
९. मरणोत्तर पंचनामाची साक्षांकित प्रत
१०. संबंधित कर्मचाऱ्या वेतनातून वर्गणी कपात केल्याबाबतची वेतनचिठ्ठी/प्रमाणपत्र