



पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि०
Power Transmission Corporation of Uttarakhand Ltd.

कारपोरेट आफिस
CORPORATE OFFICE
मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग
Human Resource & Administration

पत्रांक : / मा०सं०एवंप्र०अनु० / पिटकुल / ई०डब्लू०-1

दिनांक: 16.05.2011

विषय :- भारतीय जीवन बीमा निगम की ग्रुप सेविंग्स लिंकड इश्योरेंस स्कीम के सम्बन्ध में।

समस्त महाप्रबन्धक/उपमहाप्रबन्धक/
अधिशासी अभियन्ता,
पिटकुल,

कृपया उपर्युक्त विषयक निदेशक मण्डल के अनुमोदन के उपरान्त पिटकुल में कार्यरत कार्मिकों के लिए भारतीय जीवन बीमा निगम लि० के माध्यम से एक ग्रुप सेविंग्स लिंकड इश्योरेंस स्कीम जारी की गयी है, जिसके मास्टर पालिसी नं० जी.एस.एल.आई. 20441471 दिनांक 15.06.2010 का बॉन्ड तथा कार्मिकों की सूची www.ptcul.org पर उपलब्ध है।

इस सम्बन्ध में आपको अवगत कराना है कि उक्त स्कीम के नवीनीकरण किया जाना है, उक्त स्कीम में यदि कोई कार्मिक/नया सदस्य जुड़ना चाहे तो उस कार्मिक/सदस्य को उक्त स्कीम में सम्मिलित करने हेतु निम्नवत कार्यवाही करने का कष्ट करें -

1. नियन्त्रक अधिकारी इच्छुक कार्मिक/नये सदस्य से संलग्न फार्म तीन प्रतियों में भरवाकर इस कार्यालय को उपलब्ध कराने का कष्ट करें।
2. इच्छुक कार्मिक/नया सदस्य आवेदन की तिथि को चिकित्सा अवकाश पर नहीं होना चाहिए तथा आवेदन की तिथि तक अथवा आवेदन की तिथि से पूर्व के माह में 6 दिन अथवा उससे अधिक चिकित्सा अवकाश पर न रहा हो, जिसके सम्बन्ध में नियन्त्रक अधिकारी का प्रमाण-पत्र आवेदन के साथ संलग्न किया जाना आवश्यक है।
3. इच्छुक कार्मिक/नये सदस्य द्वारा आवेदन पत्र के साथ अपना स्वयं के स्वास्थ्य होने का स्वप्रमाणित प्रमाण-पत्र संलग्न करना आवश्यक है जिसको कार्मिक के नियंत्रक अधिकारी द्वारा प्रतिहरताक्षरित किया जाना आवश्यक है।
4. नियन्त्रक अधिकारी इच्छुक कार्मिक/नये सदस्य के माह मई, 2011 देय माह जून, 2011 के वेतन से निर्धारित कटौती करना सुनिश्चित करेंगे।

अतः आपसे अनुरोध है कि आप अपने अधीनस्थ कार्मिकों को उक्त स्कीम से अवगत कराते हुए इच्छुक कार्मिकों को ग्रुप सेविंग्स लिंकड इश्योरेंस स्कीम का नया सदस्य बनाने के सम्बन्ध में उपरोक्तानुसार कार्यवाही कर दिनांक 21.05.2011 तक वांछित प्रपत्र पूर्णरूप से भरकर इस कार्यालय का उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

संलग्नक - यथापरोक्त।

(एस०के० शर्मा)
महाप्रबन्धक (मा०सं०)

पत्रांक : 653/ मा०सं०एवंप्र०अनु० / पिटकुल / ई०डब्लू०-1 तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, 7बी, लेन-1, बसन्त विहार एन्क्लेव, देहरादून।
2. निदेशक (मा०सं०), पिटकुल, 7बी, लेन-1, बसन्त विहार एन्क्लेव, देहरादून।
3. निदेशक (परियोजना), पिटकुल, ऊर्जा भवन परिसर, देहरादून।
4. मुख्य महाप्रबन्धक (परि०एवंअनु०), पिटकुल, कावली रोड, देहरादून।
5. महाप्रबन्धक (वित्त) (प्रभारी), पिटकुल, 7बी, लेन-1, बसन्त विहार एन्क्लेव, देहरादून।
6. अधिशासी अभियन्ता, सूचना प्रौद्योगिकी, पिटकुल, देहरादून को इस आशय से प्रेषित की पत्र को पिटकुल की बैच-साईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।

(एस०के० शर्मा)
महाप्रबन्धक (मा०सं०)

ग्रुप सेविंग्स लिंकड इंश्योरेंस स्कीम का आवेदन पत्र

(तीन प्रतियों में)

1. कार्मिक का नाम
2. जन्म तिथि
3. पिता/पति का नाम
4. नियुक्ति की तिथि
5. वर्तमान पद का नाम
6. वेतन बैंड एवं ग्रेड वेतन
7. देय मासिम प्रिमियम की धनराशि
8. तैनाती स्थान तथा कार्यालय का पता
9. आपातकाली दूरभाष नम्बर
10. स्थायी पता
- पत्राचार का पता



11. नामितों का नाम एवं देय प्रतिशत

क्रम सं०	नामित सदस्य का नाम	जन्मतिथि	सम्बन्ध	अंश

घोषणा :- मैं एल0आई0सी0 की ग्रुप सेविंग्स लिंकड इंश्योरेंस स्कीम में अपने वेतन बैंड के अनुसार पॉलिसी लेना चाहता/चाहती हूँ एवं इस बात की अपनी सहर्ष सहमति देता/देती हूँ कि मेरे वेतन से ग्रुप सेविंग्स लिंकड इंश्योरेंस स्कीम के अन्तर्गत निर्धारित प्रिमियम की धनराशि प्रत्येक माह काटकर जमा कर दी जाय।

- संलग्न :- 1. चिकित्सा अवकाश सम्बन्धि प्रमाण पत्र।
2. स्वप्रमाणित एवं नियंत्रक अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित स्वास्थ्य प्रमाण पत्र।

कार्मिक के हस्ताक्षर	नियन्त्रक अधिकारी के हस्ताक्षर
स्थान	नाम
दिनांक	मुहर

नोट :-

1. कृपया सभी सूचनाएँ अपने प्रमाण-पत्रों में उल्लिखित सूचनाओं एवं उल्लिखित तिथि के अनुसार भरकर प्रेषित करें। गलत जानकारी दिये जाने पर कार्मिक स्वयं उत्तरदायी होगा।
2. उक्त प्रारूप केवल उन्हीं कार्मिकों द्वारा भरा जायेगा, जो कारपोरेशन के पे-रोल में हैं।

Health Declaration

I/we

1. Sri./Smt./Km.....

2. Sri./Smt./Km.....

hereby declare that I am/we are in sound health and am/are not suffering from any critical illness or condition requiring medical treatment as on date.

I/we also hereby declare that the above statements including age are true in all respects and that I/we agree and declare that the above information shall form the basis for admission of the above scheme and that if any information is found to be untrue, My/our membership to the above scheme shall be treated as cancelled from my/our date of joining the scheme and all the money paid in respect there of shall be forfeited .

(Note : Applicants should not be suffering or have suffered from cancer, AIDS, conditions requiring open chest surgery history of typical chest pain, kidney failure, brain stroke or paralysis of having undergone a major organ transplantation such as heart, Lung liver or kidney. If the applicant had suffered is suffering from any of the above, he is not eligible to join the scheme.)

Dated at.....on the.....day of.....20.....

(Signature of the applicant)	Address for communication
	
	