

# म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि. जबलपुर

रजिस्टर्ड ऑफिस, ब्लाक नं. 2, शक्तिभवन, रामपुर, जबलपुर (म.प्र.) 482 008

क्रमांक अस/एमपीपीटीसीएल/2127

जबलपुर, दिनांक 16-07-13

## परिपत्र

म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड के संचालक मंडल द्वारा लिये गये निर्णय के परिपालन में, इस कार्यालय द्वारा पूर्व में जारी परिपत्र क्रमांक अस/एमपीपीटीसीएल/1886 जबलपुर दिनांक 16.07.2012 में आंशिक संशोधन करते हुये म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड में कार्यरत सभी कंपनी केडर के कर्मचारी (जिन्हें म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड द्वारा नियुक्त किया गया है) तथा जो कर्मी भविष्य में कंपनी द्वारा नियुक्त किये जायेंगे, उन सभी के लिये समूह बचत सह बीमा योजना (दुर्घटना हितलाभ सहित) (Group Savings Linked Insurance Scheme – GSLIS, with Accidental Insurance) अनिवार्य रूप से लागू की जाती है। कंपनी कर्मियों के अतिरिक्त अन्य कर्मियों के लिये यह योजना ऐच्छिक रखी गई है।

कंपनी केडर के अधिकारी/कर्मचारी की श्रेणीवार बीमा राशि एवं प्रतिमाह अंशदान का विवरण निम्नानुसार होगा :-

श्रेणी	बीमा राशि (रुपये)	दुर्घटना हितलाभ के साथ प्रतिमाह कटौती राशि (रुपये)
I	6 लाख	638.00
II	4 लाख	425.00
III	3 लाख	319.00
IV	2 लाख	213.00

इस तारतम्य में पूर्व में जारी परिपत्र क्रमांक अस/एमपीपीटीसीएल/1886 जबलपुर दिनांक 16.07.2012 के परिपालन में विभाग प्रमुखों के कार्यालय में पदस्थ नोडल अधिकारियों के माध्यम से तत्कालीन म.प्र. राज्य विद्युत मंडल तथा इसकी अन्य उत्तरवर्ती कंपनियों से अंतरित होकर आये विभिन्न कर्मियों के साथ साथ कंपनी केडर के जिन कर्मियों द्वारा समूह बचत सह बीमा योजना (दुर्घटना हितलाभ सहित) के लिये शामिल होने हेतु विकल्प दिये गये थे, वे विकल्प मान्य होंगे। कंपनी केडर के जिन कर्मियों द्वारा पूर्व में घोषणा-पत्र (Undertaking) भरकर दिया जा चुका है उन्हें इस पत्र के साथ संलग्न घोषणा-पत्र "प्रपत्र-द" दिया जाना आवश्यक नहीं है, तथापि अन्य कंपनी केडर के कर्मियों की ओर से संलग्न घोषणा-पत्र दो प्रतियों में भरकर प्रस्तुत किया जाये जिसमें से एक प्रति कार्यालय प्रमुख/नियंत्रण कर्ता अधिकारी के पास तथा दूसरी प्रति विभागाध्यक्ष के कार्यालय में प्रेषित की जावे।

इस योजना के लिये प्रतिमाह एक मुश्त अंशदान जमा करवाने का दायित्व संयुक्त निदेशक (पेंशन एवं भविष्य निधि) कार्यालय मुख्य वित्तीय अधिकारी का होगा।

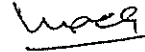
उक्त संशोधनों के अतिरिक्त परिपत्र क्रमांक 1886 दिनांक 16.07.12 में इंगित अन्य नियम व शर्तें यथावत रहेगी।

भविष्य में होने वाली नियुक्तियों में यह प्रक्रिया (प्रपत्र-द भरवाने सहित योजना में शामिल करने हेतु समस्त प्रक्रिया) सेवा भार ग्रहण करने के एक सप्ताह के भीतर संबंधित नियंत्रण कर्ता अधिकारी/विभागाध्यक्ष द्वारा पूर्ण कर ली जावे।

यह योजना जुलाई '2013 से लागू की जाती है।

संलग्न :- उपरोक्तानुसार घोषणा पत्र  
(प्रपत्र-द) एवं प्रपत्र (Proforma-B)

आदेशानुसार



(के.के. सक्सेना)

मुख्य अभियंता (कारपोरेट अफेयर्स एवं आई.टी.)  
म.प्र.पॉवर ट्रांसमिशन कम्पनी लिमि.  
जबलपुर

क्रमांक/अस/एमपीपीटीसीएल/2128

जबलपुर, दिनांक 16-07-13

प्रतिलिपि :-

1. निदेशक (तकनीकी), म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि., जबलपुर।
2. मुख्य अभियंता (प्रोक्योरमेंट)/ (अति उच्चदाब-निर्माण)/ (अति उच्चदाब-संधा. एवं निरीक्षण)/ (मानव संसाधन विकास)/ (परीक्षण एवं संचार)/ (राज्य भार प्रेषण केन्द्र)/ (योजना एवं रूपांकन)/ (सी.आर.ए.)/ (सिविल-ट्रांसमिशन), म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि., जबलपुर।
3. मुख्य वित्तीय अधिकारी, म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि., जबलपुर।
4. अति. मुख्य अभियंता (ट्रांसमिशन स्टोर), म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि., जबलपुर।
5. अधीक्षण अभियंता (अति उच्चदाब-निर्माण)/ (अति उच्चदाब-संधा.)/ (परीक्षण एवं संचार)/ (400 के.व्ही. उपकेन्द्र)/ (ट्रांस-भंडार), म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि. ....
6. कार्यपालन अभियंता (अति उच्चदाब-निर्माण)/ (अति उच्चदाब-संधा.)/ (परीक्षण)/ (संचार)/ (सिविल-ट्रांस.)/ (400 के.व्ही. उपकेन्द्र)/ (ट्रांस.-भंडार)/ (उप भार प्रेषण केन्द्र)/ (कार्यशाला) म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमि. ....
7. कंपनी सचिव/ कल्याण अधिकारी, म.प्र.पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड, जबलपुर
8. स्टाफ आफीसर सम्बद्ध कार्या: प्रबंध निदेशक, म.प्र.पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड, जबलपुर।
9. वरिष्ठ/ क्षेत्रीय लेखाधिकारी, म.प्र.पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड, जबलपुर/ भोपाल / इन्दौर
10. परिपत्र/ आदेश नस्ती।

(पत्र क्र अस/एमपीपीटीसीएल/2127 जबलपुर, दिनांक 16-07-13 के साथ संलग्नक)

प्रपत्र (द)

(संबंधित कार्यालय, जहाँ कर्मी कार्यरत है, वहाँ यह प्रपत्र 2 प्रतियों में तैयार किया जावे, एक प्रति संबंधित कार्यालय में तथा दूसरी प्रति विभाग प्रमुख/संकाय प्रमुख के कार्यालय में सुरक्षित रखी जावे)

**भारतीय जीवन बीमा निगम की ओर से जारी की जाने वाली समूह-बचत सह-बीमा योजना (दुर्घटना हितलाभ सहित) (Group Savings Linked Insurance Scheme – GSLIS, with Accidental Insurance) में शामिल कर्मी का घोषणा पत्र**

मैं (नाम) ..... पदनाम .....

कार्यालय ..... म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड .....  
एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि, भारतीय जीवन बीमा निगम की ओर से जारी की जाने वाली समूह बचत सह बीमा योजना (दुर्घटना हितलाभ सहित) (Group Savings Linked Insurance Scheme – GSLIS, with Accidental Insurance) में इस योजना के अंतर्गत प्रथम बार दो माह के अंशदान की कटौती मेरे वेतन से करने बाबत मैं अपनी पूर्ण सहमति प्रदान करता/करती हूँ। यदि मैं लगातार एक माह या उससे अधिक अवैतनिक अवकाश पर रहता/रहती हूँ तो ऐसी स्थिति में बीमा को चालू रखने की दृष्टि से जो भी अंशदान म.प्र.पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी द्वारा जमा किया जायेगा, उसकी वसूली बाद में मेरे वेतन से अथवा अन्य देय स्वत्वों से की जा सकेगी। यदि स्वास्थ्य कारणों के अतिरिक्त अन्य किसी कारण से मैं 3 माह से अधिक समय तक अवैतनिक अवकाश या अनधिकृत रूप से अनुपस्थित रहता/रहती हूँ तो इस योजना के अंतर्गत अपना अंशदान जमा कराने की व्यवस्था मैं स्वयं करूंगा/करूंगी। इसकी मुझे पूर्ण जानकारी है कि स्वास्थ्य कारणोंवश कार्य से अनुपस्थित रहने के कारण वेतन न बनने की स्थिति में अधिकतम 12 माह तक कंपनी के द्वारा अंशदान जमा किया जावेगा तथा 12 माह के पश्चात कंपनी द्वारा अंशदान जमा नहीं किया जावेगा। इन अंशदानों की (बीमा चालू रखने की दृष्टि से) वसूली बाद में मेरे वेतन से अथवा अन्य देय स्वत्वों से की जावेगी जिसकी मैं पूर्ण सहमति प्रदान करता/करती हूँ। यदि मासिक अंशदान नियमित रूप से जमा नहीं होता है तो बीमा सुरक्षा स्वतः समाप्त हो जायेगी और इस दौरान मेरी मृत्यु होने की दशा में मेरा दावा मान्य नहीं होगा, जिसके लिए म.प्र. पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी जवाबदार नहीं होगी। अवकाश से लौटने, कार्यस्थल पर उपस्थित होने के उपरांत भारतीय जीवन बीमा निगम की सभी औपचारिकताओं की पूर्ति यथा प्रीमियम, ब्याज एवं स्वास्थ्य परीक्षण इत्यादि के पश्चात ही प्रचलित नियमानुसार जोखिम सुरक्षा पुनः नियमित हो सकेगी, तथापि इस संबंध में भारतीय जीवन बीमा निगम द्वारा किसी प्रकार की आपत्ति ली जाती है तो उसे मुझे मान्य करना होगा। उपरोक्त सभी औपचारिकताओं को पूर्ण करने की जिम्मेदारी मेरी होगी।

दिनांक :-

हस्ताक्षर :-

नाम :-

पदनाम :-

जी.पी.एफ/ :-

सी.पी.एफ नंबर

(GPF/CPF/NPS No.)

कर्मचारी नंबर :-

(Employee No.)

कार्यालय :-

PROFORMA-B

LIST OF COMPANY CADRE EMPLOYEES FOR GSLIS (WITH ACCIDENTAL INSURANCE) IN MPPTCL

Name of OFFICE :

(Class-I, II, III, IV)

S. No.	NAME	DESIGNATION	OFFICE TO WHICH ATTACHED	EMPLOYEE CODE	GPF/CPF/NPS A/C No.	PAY (BASIC+ GRADE PAY) EXCLUDING D.A. (₹)	DATE OF BIRTH	DATE OF APPOINTMENT	DATE OF RETIREMENT	AMOUNT OF INSTALLMENT (₹)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Note :- Information may please be sent as per above format, class-wise.