जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड़

CIN: U40109RJ2000SGC016486

(राजस्थान सरकार का उपक्रम)

"प्रभासिम शशि सूर्ययो:"

पंजीकृत कार्यालय : विद्युत भवन, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर–302005

दूरभाष : 0141–2740264, 2740381 विस्तार : 1436 फैक्स: 0141–2740264

Tel/Fax: +91-141-2740264 / Email: caoia@jvvnl.org / Website: http://energy.rajasthan.gov.in/jvvnl

क्र. जेपीडी/मु. ले. (आं. अं.)/लेखा.(नियम)/पत्रा. 78/प्रे. 3705 जयपुर दिनांक: 26-09-19

परिपत्र वर्ष 2019-2020

विषयः 23 अक्तूबर, 2019 से 22 अक्तूबर, 2020 की अवधि के लिये समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना ।

निगम ने इस वर्ष भी समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के परिलाभ राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि), द्वितीय मंजिल, डी–ब्लाक, वित्त भवन, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर द्वारा अपने समस्त कर्मचारियों को राज्य सरकार के कर्मचारियों के लिये प्रयोज्य शर्तो एव निबन्धनों, जिनमें से कुछ मुख्य रूप से निम्नलिखित हैं, पर दिये जाने की व्यवस्था की है । अतः समस्त कार्यालयाध्यक्षों/नोडल अधिकारियों को निर्देश दिये जाते हैं कि वे सभी कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2019 के वेतन विपत्र (अक्तूबर, 2019 में संदेय) से प्रीमियम के प्रति 250/– रूपये (रूपये दो सौ मात्र) प्रति अधिकारी/कर्मचारी की दर से कटौती किया जाना सुनिश्चित करें। सभी वृत लेखाधिकारी/नोडल अधिकारी/कर्मचारियों के वेतन से उपरोक्तानुसार काटी गयी राशि एवं निगम द्वारा वहन राशि रू. 350.00 (रूपये तीन सौ पचास मात्र) ई–ग्रास के माध्यम से राज्य बीमा विभाग के बजट मद 8011–00–105–02–01 में संलग्न परिशिष्ट "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को संलग्न परिशिष्ट "ख" एवं "ग" सहित 22 अक्टुबर 2019 तक निश्चित रूप से प्रेषित करेंगें। परिशिष्ट –'ख' के अभाव में बीमा विभाग द्वारा दावों के निपटारे में विलम्ब किये जाने की सम्पूर्ण जिम्मेदारी सम्बन्धित कार्यालयाध्यक्ष/नोडल अधिकारी/वृत लेखाधिकारी की स्वयं की होगी। राज्य बीमा विभाग द्वारा अग्रिम प्रीमियम प्राप्त होने पर ही निर्धारित दिनांक से पॉलिसी का नवीनीकरण किया जाता है अन्यथा प्रीमियम प्राप्ति दिनांक से आगामी एक वर्ष हेतु जोखिम वहन की जाती है। अतः निर्धारित दिनांक से पूर्व ई–ग्रास के माध्यम से प्रीमियम राज्य बीमा विभाग के बजट मद में जमा कराते हुए चालान की प्रति पुरानी पॉलिसी की अवधि समाप्त होने के पूर्व प्रीमियम राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के सम्बन्धित जिला कार्यालय मय कार्मिक सूची उपलब्ध करवाना सुनिश्चित करें।

प्रक्रिया तथा शर्ते एवं निबन्धन :

1. नियन्त्रण अधिकारी द्वारा बीमित कर्मचारी की दुर्घटना से मृत्यु एवं दुर्घटना से क्षति की सम्पूर्ण विवरण युक्त सूचना परिशिष्ट "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को अविलम्ब घटना घटित होने की तिथि से एक कलेन्डर माह की अवधि के अन्दर भेजी जायेगी ।
2. प्रीमियम की दर वार्षिक है, अतः वर्ष में केवल एक बार ही प्रीमियम राशि की कटौती की जानी है। योजना के अन्तर्गत निर्धारित वार्षिक प्रीमियम पर अधिकतम दो लाख का बीमाधन होगा।
3. योजना के लाभ प्रत्येक अधिकारी/कर्मचारी को योजना के अन्तर्गत उल्लेखित क्षतियों के, पॉलिसी के प्रभावी रहने की अवस्था में, किसी भी स्थान अथवा समय पर घटित होने पर देय होगें।
4. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलीसी प्रीमियम की प्रत्येक कटौती पर एक वर्ष (12 कलेन्डर माह) हेतु प्रभावी रहेगी एवं पॉलिसी की अवधि समाप्त होने से पूर्व सेवानिवृत होने वाले अधिकारियों/कर्मचारियों को भी पॉलिसी अवधि की समाप्ति तक पॉलिसी के लाभ देय होगें ।
5. यह योजना दैनिक वेतन भोगी कर्मचारियों, ठेकेदारों द्वारा नियोजित कर्मचारियों पर तथा निगम में पुनःनियुक्त/संविदा पर लगे कर्मचारियों/अधिकारियों पर लागू नहीं होगी ।
6. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत दुर्घटनाओं में निगम कर्मचारियों की मृत्यु अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों की दशा में योजना के प्रावधानों के अनुसार बीमाधन भुगतान किये जाने का प्रावधान है। योजना के अन्तर्गत दुर्घटना में हुई क्षति का आशय किसी भी ऐसी शारीरिक चोट से है जो किसी बाह्य, हिंसात्मक एवं दृश्य माध्यम द्वारा लगी हो। शारीरिक चोट सन्दर्भित दुर्घटना से ही उत्पन्न हुई होनी चाहिये एव दुर्घटना से पूर्व अस्तित्व मे नही होनी चाहिये, उदाहरणार्थ समूह सन्दर्भित दुर्घटना बीमा योजना के लाभ निम्न प्रकार की दुर्घटनाओ मे हुई क्षति पर देय होगे :–
    1. वाहन दुर्घटना से होने वाली क्षति।
    2. सीढियों से गिरकर लगने वाली चोट से क्षति।
    3. किसी जहरीले जन्तु के काट लेने से होने वाली क्षति।
    4. मकान के ढहने से होने वाली क्षति।
    5. साम्प्रदायिक हिंसा से होने वाली क्षति।
    6. बिजली के झटके से होने वाली क्षति।
    7. विभिन्न प्राकृतिक विपदाओं से होने वाली क्षति।
    8. जलने से होने वाली क्षति की दशा में।
    9. किसी निगम कर्मचारी की हत्या हो जाने अथवा हत्या के प्रयास में होने वाली शारीरिक क्षति की दशा में।

7. स्पष्टतः योजना के अन्तर्गत केवल उन्ही प्रकरणो पर विचार किया जायेगा जिनमे मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियां दुर्घटनाओं से उत्पन्न होती हैं। आशय यह है कि योजना के अन्तर्गत प्राकृतिक कारणों से होने वाली मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियो पर इस पॉलिसी के अन्तर्गत किसी प्रकार का लाभ देय नहीं होगा, उदाहरणार्थ निम्न स्थितियों में मृत्यु/क्षतियों के प्राकृतिक कारणों से उत्पन्न होने के कारण लाभ देय नहीं होगें–

1. हृदयगति रूक जाने से होने वाली मृत्यु अथवा अन्य क्षतियॉ ।
2. विभिन्न बीमारियों जैसेः कैंसर, टी.बी. इत्यादि से होने वाली मृत्यु अथवा अन्य क्षतियां ।
3. विभिन्न दुर्घटनाओं में क्षतियों के अन्तर्गत हाथ की क्षति, पैर की क्षति अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों के सम्बन्ध में दिये गये विवरण के अनुरूप क्षति होने पर ही लाभ देय होगा। आशय यह है कि उपर्युक्त विवरण के अतिरिक्त किसी भी प्रकार की क्षति यथा–हाथ अथवा पैर का फ्रैक्चर इत्यादि होने की दशा में योजना के अन्तर्गत लाभ देय नहीं होंगे।

8. पॉलिसी के अन्तर्गत निम्नलिखित स्थितियों में होने वाली क्षतियों पर भी पॉलिसी के लाभ देय नहीं होगें –

1. आत्म क्षति, आत्म हत्या या आत्म हत्या का प्रयास, पागलपन अथवा किसी निगम कर्मचारी द्वारा नशीले द्रव्य के प्रयोग से होने वाली क्षति।
2. चिकित्सा अथवा शल्य क्रिया के दौरान होने वाली क्षति।
3. नाभिकीय विकिरण अथवा परमाणविक अस्त्रों से होने वाली क्षति।
4. युद्ध, विदेशी आक्रमण, विदेशी शत्रु कृत्यों, गृह युद्ध, देशद्रोह अथवा राष्ट् विरोधी गतिविधियो से होने वाली क्षति।
5. गर्भधारण अथवा प्रसव के कारण होने वाली क्षति ।
6. बीमित व्यक्ति द्वारा आपराधिक उद्देश्य से विधि द्वारा निर्धारित कानून का उल्लंघन करते समय हुई क्षति ।

बीमा पॉलिसी की एक वर्ष की अवधि के दौरान पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित के सम्बन्ध में एक से अधिक दावों के मामलों में भुगतान बीमित को इस पॉलिसी के अन्तर्गत देय अधिकतम भुगतान रूपये दो लाख से अधिक नहीं होगा, उदाहरणार्थ उपर्युक्त बीमा पॉलिसी की किसी अवधि के दौरान यदि किसी निगम कर्मचारी को पहले, आगे वर्णित उपबन्ध 10(3) के अन्तर्गत एक आँख अथवा अन्य अंग की क्षति पर एक लाख रूपये का भुगतान किया जाता है तो पॉलिसी की उसी अवधि के दौरान कर्मचारी की मृत्यु हो जाने की दशा में मृत्यु हेतु प्रस्तावित राशि में से उपरोक्त कर्मचारी को पूर्व में स्वीकृत राशि कम करके भुगतान किया जायेगा ।

9. समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत

1. हाथ की क्षति से आशयः
   हाथ की कलाई अथवा ऊपर से पार्थक्य एवं
2. पैर की क्षति से आशयः
   पैर की एडी अथवा ऊपर से पार्थक्य

10. योजना के अन्तर्गत विभिन्न क्षतियों पर देय बीमाधन के लाभ निम्न प्रकार देय होगें:

क.सं.	दुर्घटना में हुई क्षति का प्रकार	दुर्घटना पर देय लाभ/बीमाधन
1.	दुर्घटना में मृत्यु हो जाने पर	2 लाख
2.	दुर्घटना में दोनो हाथों या दोनो पैरों या दोनो ऑखो अथवा एक हाथ एवं एक आंख अथवा एक पैर एवं एक आंख अथवा एक पैर एवं एक हाथ की क्षति पर	2 लाख
3.	दुर्घटना में एक हाथ अथवा एक पैर अथवा एक आंख की क्षति पर	1 लाख
4.	उपर्युक्त क्षतियों के अलावा अन्य प्रकार की शारीरिक क्षति से बीमाकृत व्यक्ति के 100% स्थाई विकलांग होने तथा सेवायोजन अथवा किसी भी प्रकार की निगम सेवा के लिये सम्पूर्ण रूप से अयोग्य होने की दशा में	2 लाख
5.	आंशिक क्षतियों की दशा में:	
	अ. श्रवण शक्ति की क्षतियों की दशा में	
	(1) श्रवण शक्ति की पूर्ण क्षति (दोनो कानों की क्षाति)	1 लाख
	(2) श्रवण शक्ति की क्षति (एक कान की पूर्ण क्षति)	30 हजार
	ब. हाथ के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति	
	(1) एक हाथ के अंगूठे एवं चारो अंगुलियों की क्षति	80 हजार
	(2) एक हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त चारो अंगुलियों की क्षति (समस्त अंगुलस्थियों की क्षति)	50 हजार
	स. हाथ के अंगूठे की क्षति	
	(1) हाथ के एक अंगूठे की क्षति (दोनो अंगुलस्थियों की क्षति)	50 हजार
	(2) हाथ के एक अंगूठे की क्षति (एक अंगुलस्थियों की क्षति)	20 हजार
	द. हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त अन्य अंगुलियों की क्षति	
	(1) किसी भी अंगुली की समस्त अंगुलस्थियों की क्षति पर	12 हजार

	(2) किसी भी अंगुली की दो अंगुलस्थियों की क्षति पर	10 हजार
	(3) किसी भी अंगुली की एक अंगुलस्थि की क्षति पर	6 हजार
	य. पांव के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति	
	(1) दोनो पांव की समस्त पावांगुलियों की क्षति पर (समस्त अंगुलस्थियों की क्षति)	40 हजार
	(2) पांव के एक अंगूठे की क्षति (दोनों अंगुलस्थियों की क्षति)	10 हजार
	(3) पांव के एक अंगूठे की क्षति पर (एक अंगुलस्थि की क्षति)	4 हजार
	(4) अंगूठे के अतिरिक्त की एक अथवा अधिक अंगुलियों की क्षति (दोनो अंगुलस्थियों की क्षति)	2 हजार प्रति अंगुली
	(5) अंगूठे के अतिरिक्त पांव की एक अथवा अधिक अंगुलियों की क्षति (एक अंगुलस्थी की क्षति)	1 हजार प्रति अंगुली
	र. जलने से होने वाली शारीरिक क्षतियां (पूर्ण शरीर के निम्न प्रतिशत या उससे अधिक जलने की स्थिति में)	
	(1) 50 प्रतिशत या उससे अधिक जलने की स्थिति में	1 लाख
	(2) 40 प्रतिशत या उससे अधिक परन्तु 50 प्रतिशत से कम जलने की दशा में	75 हजार
	(3) 30 प्रतिशत या उससे अधिक परन्तु 40 प्रतिशत से कम जलने की दशा में	50 हजार
	नोट : जलने से होने वाली उपर्युक्त क्षतियों पर देय बीमाधन सम्बन्धित निगम कर्मचारी द्वारा राज्य सरकार द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुरूप वांछित प्रपत्र में प्रमाण–पत्र प्रस्तुत किये जाने पर ही देय होगा	

11. प्रत्येक अधिकारी / कर्मचारी से प्रीमियम राशि की कटौती करना अनिवार्य है। यदि किसी कारणवश कार्यालयाध्यक्ष / नोडल अधिकारी द्वारा कटौती नहीं की जा सकी है तो लेखाधिकारी कार्यालय द्वारा प्रीमियम राशि की कटौती वेतन के भुगतान से पूर्व सुनिश्चित की जायेगी ।

12. जिन कर्मचारियों का वेतन कार्यालयाध्यक्ष द्वारा माह सितम्बर, 2019 (देय माह अक्तूबर, 2019) का किसी कारणवश नहीं बनाया जा सका है तो ऐसे कर्मचारियों के वेतन से प्रीमियम की कटौती जब भी वेतन बनाया जायेगा, की जायेगी ।

13. यदि किसी कर्मचारी की नियुक्ति 23.10.2019 के पश्चात् होती है तो उसके वेतन से प्रीमियम राशि की कटौती निम्नानुसार आनुपातिक दर पर की जायेगी ।

    आनुपातिक दर पर देय प्रीमियम = $\frac{250 \text{ x शेष महीनों की संख्या}}{12}$

    टिप्पणी : प्रीमियम राशि की कटौती पूर्ण रूपयों में की जानी है । रूपये के किसी भी अंश को अगले निकटतम पूर्ण रूपये में काटा जायेगा ।

14. प्रीमियम राशि की कटौतियों का विवरण संलग्न प्रपत्र परिशिष्ट–ख में तीन प्रतियों में बनाकर दो प्रतियॉ मूल वेतन विपत्र के साथ निश्चित रूप से संलग्न की जानी है ।

15. ऐसे अधिकारी / कर्मचारी जिनके सेवाकाल समाप्ति में एक साल से कम का समय है, उनके वेतन से भी प्रीमियम राशि प्रति 250/– रूपये की कटौती की जानी है । ऐसे मामलों में सेवा निवृति के पश्चात् भी 23 अक्तूबर, 2019 से एक साल की अवधि के लिये दुर्घटना से मृत्यु पर बीमा परिलाभ देय होगें। ऐसे अधिकारी / कर्मचारी जिनकी सेवा निवृति तिथि 31 अक्तूबर, 2019 है, उनके वेतन से भी कटौती की जानी है ।

16. कार्यालयाध्यक्ष प्रस्ताव पत्र एवं मनोनयन पत्र संलग्न (परिशिष्ट–'क') में दो प्रतियों में प्रत्येक कर्मचारी से भरवाकर एक प्रतिलिपि संबन्धित अधिकारी / कर्मचारी के सेवा अभिलेख में रखेगें तथा द्वितीय प्रति लेखाधिकारी कार्यालय को भिजवायेगें ।

17. मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति / पत्नि / लड़का / लड़की) के पक्ष में ही किया जा सकता है। परिवार के उपरोक्त सदस्यों के न होने की दशा में माता, पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जा सकता है। उपरोक्त दोनो अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है । मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में प्रस्ताव पत्र में निर्धारित स्थान पर मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये। आहरण एवं वितरण अधिकारी यह सुनिश्चित करेंगे कि मनोनयन उपरोक्तानुसार ही किया गया है। किसी अधिकारी / कर्मचारी द्वारा योजना में प्रविष्टि के समय किया गया मनोनयन निम्नलिखित दो परिस्थितियों में ही परिवर्तित किया जा सकता है:–

    (अ) योजना में प्रविष्टि के समय सम्बन्धित अधिकारी / कर्मचारी के अविवाहित होने की दशा मे उसके तदुपरान्त पॉलिसी की किसी एक अवधि के दौरान विवाहित होने पर ।

(ब) योजना में प्रविष्टि के समय सम्बन्धित अधिकारी / कर्मचारी द्वारा मनोनीत किये गये व्यक्ति की पॉलिसी की अवधि के दौरान मृत्यु हो जाने पर (उपरोक्त परिस्थिति मे सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी द्वारा मनोनयन परिवर्तन हेतु भरे जाने वाले प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ठ "छ" पर देखें)

सम्बन्धित अधिकारी/कर्मचारी मनोनयन परिवर्तन प्रपत्र दो प्रतियों में भरकर अपने कार्यालयाध्यक्ष को प्रस्तुत करेगें। कार्यालयाध्यक्ष उपर्युक्त प्रपत्र अग्रेषित कर साधारण बीमा निधि के संबंधित जिला कार्यालय को भिजवा देंगे। साधारण बीमा निधि कार्यालय उपर्युक्त प्रपत्र के आधार पर अभिलेख में आवश्यक संशोधन कर लेगा ।

18. दुर्घटना में मृत्यु हो जाने पर बीमा राशि का भुगतान अधिकारी/कर्मचारी द्वारा मनोनीत व्यक्ति एवं मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों पर बीमित निगम कर्मचारी को, बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (संलग्न परिशिष्ट "1") के संबंधित जिला कार्यालय द्वारा किया जायेगा। सामान्य दशा में मृत्यु होने पर बीमा राशि देय नहीं होगी ।

19. योजना के अन्तर्गत उल्लेखित दुर्घटना के होने पर सम्बन्धित निगम कर्मचारी या उसके द्वारा मनोनीत जैसी भी अवस्था हो, के द्वारा एक दावा प्रपत्र भरा जाएगा। (किसी निगम अधिकारी/कर्मचारी की मृत्यु के प्रकरण मे भरे जाने वाले आवश्यक दावा प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ठ "घ" एवं मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों के प्रकरण में भरे जाने वाले आवश्यक दावा प्रपत्र का प्रारूप परिशिष्ठ "ड." संलग्न है) कार्यालयाध्यक्ष उनके अधीन किसी भी अधिकारी / कर्मचारी को योजना के अन्तर्गत उल्लेखित क्षति होने पर वांछित दावा प्रपत्र बीमित व्यक्ति अथवा उसके मनोनीत से अविलम्ब भरवाकर मय आवश्यक दस्तावेज यथा FIR, FR, PMR, विभागीय जांच रिपोर्ट, इलाज का विवरण आदि एक सप्ताह में सम्बन्धित लेखाधिकारी के माध्यम से, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि) के संबंधित जिला कार्यालय को प्रस्तुत करेगें । कार्यालयाध्यक्ष यह सत्यापित करेगें कि कर्मचारी जिसके सम्बन्ध में दावा पेश किया गया है वह 23 अक्टूबर, 2019 या तत्पश्चात् निगम में सेवारत था एवं माह अक्टूबर, 2019 अथवा उसके पश्चात्वर्ती माह के उसके वेतन विपत्र से प्रीमियम राशि 250/– रूपये अथवा आनुपातिक प्रीमियम राशि की कटौती की गयी थी। यह प्रमाण पत्र सी–1 रजिस्टर में किये गये इन्द्राज पर आधारित होगा। दावा घटना घटित होने की तिथि से छः माह में सम्पूर्ण विवरण व आवश्यक प्रलेखों सहित परिशिष्ट "1" में वर्णित जिले के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग को प्रस्तुत कर दिया जाना चाहिये। ऐसे समस्त प्रलेख/सूचना हर दशा में 12 माह के अन्दर अन्दर विलम्ब के कारण दर्शाते हुए प्रस्तुत कर दिये जाने चाहिये, अन्यथा बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग द्वारा "कोई दावा नहीं" ("NO Claim") मानते हुए प्रकरण को बन्द कर दिया जावेगा। दावे की एक छाया प्रति मुख्य लेखाधिकारी (वि.प्र. एवं मार्गोपाय), ज.वि.वि.नि.लि., जयपुर के कार्यालय को अवश्यम्भावी रूप से प्रेषित की जायेगी ।

20. **पालिसी जारी करने का कार्य राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय द्वारा किया जाता है। अतः प्रीमियम जमा कराने के बाद राज्य बीमा विभाग के संबंधित जिला कार्यालय से पालिसी प्राप्त करना सुनिश्चित करें। उक्त दायित्व संबंधित वृत लेखाधिकारी का होगा।**

21. योजना के विभिन्न बिन्दुओं पर वांछित जानकारी प्राप्त करने, शंकाओं का निवारण करने एवं पत्र व्यवहार करने हेतु कार्यालय, वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि), वित्त भवन, डी–ब्लाक, द्वितीय मंजिल, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर–302005 से सम्पर्क किया जाये । कार्यालय के दूरभाष नम्बर निम्नलिखित हैं:

    1. 0141–2740219, 2740292 सीधी लाईन
    2. 0141–2744570 (अतिरिक्त निदेशक)

कृपया इस परिपत्र की सूचना समस्त कार्यालयों के अधिकारियों/कर्मचारियों को देने के साथ ही सूचना पट्ट पर भी सभी की जानकारी हेतु प्रदर्शित/चस्पा करवायें ।

आज्ञा से,

(डॉ. आर. पी. गुप्ता)
मुख्य लेखाधिकारी (आं.अंके.)

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ अग्रेषित है:–

1. निजि सहायक, निदेशक राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, सवाई जयसिंह हाइवे, बनी पार्क, जयपुर।
2. सचिव (प्रशासन), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
3. संभागीय मुख्य अभियन्ता/मुख्य अभियन्ता/उप मुख्य अभियन्ता (   ), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
4. मुख्य लेखा नियन्त्रक, राजस्थान विद्युत प्रसारण निगम लि., जयपुर।
5. अतिरिक्त पुलिस अधीक्षक (सतर्कता), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
6. मुख्य लेखाधिकारी (वि.प्र.–मार्गो. /रा. व. एवं वी.), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
7. अधीक्षण अभियन्ता (   ), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, ... । उनसे अनुरोध है कि वे अपने स्तर पर अपने अधीनस्थ सभी कार्यालयों में उक्त परिपत्र की प्रतियॉ भेजने की तुरन्त व्यवस्था करने के साथ ही यह भी सुनिश्चित करें कि कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2019 के वेतन से समूह बीमा योजना की राशि निश्चित रूप से काटी गयी है ताकि कर्मचारियों को उक्त योजना के परिलाभ अक्तूबर, 2019 से प्राप्त हो सके।

8. उप सचिव (सामान्य प्रशासन), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
9. मुख्य कार्मिक अधिकारी, जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
10. कम्पनी सचिव, जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
11. वरिष्ठ लेखाधिकारी/लेखाधिकारी ( ), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, ...।
12. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक/निदेशक ( ), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
13. सहायक लेखाधिकारी (संस्थापन–नियंत्रण/सिविल/................), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड,... ....।
14. कार्मिक अधिकारी (संस्थापन), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर। उनसे अनुरोध है कि प्रतिनियुक्त पर नियुक्त कर्मचारियों की बीमा की राशि माह सितम्बर, 2019 के (माह अक्तूबर, 2019 में देय) वेतन से प्रतिनियुक्त कर्मचारी के कार्यालयाध्यक्ष द्वारा काटे जाने की व्यवस्था सुनिश्चित करने के साथ ही साथ काटी गयी राशि अविलम्ब लेखाधिकारी (रोकड़), जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर को भिजवाना भी सुनिश्चित करें।
15. अतिरिक्त निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी विभाग (सामान्य बीमा निधि), राजस्थान सरकार, वित्त भवन, डी–ब्लॉक, द्वितीय मंजिल, जनपथ, ज्योति नगर, जयपुर। उनसे अनुरोध है कि वे उक्त परिपत्र में वर्णित प्रक्रिया तथा शर्तों एवं निबन्धनों में यदि कोई संशोधन आवश्यक हो तो इस कार्यालय को शीघ्र सूचित करें ताकि तद्नुसार कार्यवाही की जा सके।
16. वरिष्ठ/अतिरिक्त निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग संभाग कार्यालय जयपुर प्रथम, जयपुर द्वितीय, कोटा, बीकानेर, भरतपुर, जोधपुर, अजमेर, उदयपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ।
17. संयुक्त/उप/सहायक निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग जिला कार्यालय .... को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ।
18. जन सम्पर्क अधिकारी, जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, जयपुर।
19. सूचना पट्ट।

आदित्य जैन
लेखाधिकारी (नियम)

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव पत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)
वर्ष :2019-2020

1.	प्रस्तावक का नाम व पद	:	....
2.	पिता / पति का नाम	:	....
3.	वर्तमान कार्यालय का नाम	:	....
4.	स्थायी पता	:	....
5.	वर्तमान पता	:	....
6.	क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर, कान अथवा आंख की किसी अपंगता से ग्रस्त हैं ? यदि हां तो विवरण दें ।		....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषणा पत्र

मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति / पत्नी / पुत्र / पुत्री) के पक्ष में ही किया जाये परिवार न होने की दशा में माता–पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाये । उपरोक्त दोनो अवस्थायें न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है । (मनोनीत व्यक्ति के अवस्क होने की दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये)

मैं श्रीमती / कुमारी / श्री .... एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ / करती हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में, साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि का भुगतान श्रीमती / कुमारी / श्री .. .. आयु ....वर्ष .... (प्रस्तावक से सम्बन्ध) को किया जाये ।

मैं यह धोषणा करता / करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गयी रसीद साधारण बीमा निधि के लिये पर्याप्त विमुक्ति होगी । मैं यह घोषणा करता / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह कि मैने जोखिम के आंकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है । मैं सहमति देता / देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगें ।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान :
दिनांक :

कार्यालय अध्यक्ष द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गयी व्यवस्था के अनुरूप है ।

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

स्थान :
दिनांक :

* यदि मनोनीत नाबालिग है तो संरक्षक का नाम एवं प्रस्तावक से संबंध ।

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना कटौती पत्र
वर्ष :2019–2020

कार्यालय का नाम ....
....

वृत का नाम ....

क.स.	नाम कर्मचारी	पिता /पति का नाम	पद	मनोनीत का नाम एवं कर्मचारी से सम्बन्ध	मनोनीत की उम्र	प्रीमियम राशि
कुल कर्मचारी				कुल प्रीमियम राशि		

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

* यदि मनोनीत नाबालिग है तो संरक्षक का नाम एवं प्रस्तावक से संबंध ।

प्रमाण पत्र- वर्ष :2019-2020

प्रमाणित किया जाता है कि निगम के परिपत्र क्रमांक .... दिनांक .... के अनुसरण में निगम के कर्मचारियों पर लागू समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी हेतु संलग्न सूची में वर्णित कार्यालयों के ....(संख्या) कर्मचारियों के माह सितम्बर, 2019 के वेतन बिल से अंकों में .... रूपये तथा अक्षरों में .... रुपये की कटौती की जाकर कटौती की कुल राशि लेखाधिकारी (रोकड), ज.वि.वि.नि.लि., जयपुर को ई–ग्रास के माध्यम से विभागीय बजट मद 8011–00–105–02–01 में दिनांक ....को जमा करवा दी गई है ।

वृत लेखाधिकारी
मय सील

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना दावा प्रपत्र
(दावेदार की दुर्घटना में मृत्यु की दशा में मनोनीत द्वारा भरा जाये)
वर्ष :2019-2020

1.	(अ)	बीमेदार का नाम, पद व कार्यालय का नाम	....
	(ब)	पिता / पति का नाम	....
	(स)	घर का स्थायी पता	....
	(द)	घर का वर्तमान पता (जहां दावे के भुगतान की सूचना भेजी जानी है)	....
2.	(अ)	दावेदार (मनोनीत) का नाम	....
	(ब)	मृतक से सम्बन्ध	....
	(स)	मनोनीत के अव्यस्क होने की स्थिति में पंजीकृत संरक्षक का नाम	....
	(द)	संरक्षक का मनोनीत से सम्बन्ध	....
3.	(अ)	बीमित व्यक्ति के वर्तमान आहरण व वितरण अधिकारी का पता	....
	(ब)	वर्तमान पॉलीसी हेतु प्रीमियम कटौति करने वाले आहरण एवं वितरण अधिकारी का पता	....
4.	(अ)	दुर्घटना का समय एवं दिनांक	....
	(ब)	दुर्घटना का स्थान	....
	(स)	दुर्घटना का पूर्ण विवरण (यहां दुर्घटना के सम्बन्ध में समस्त विवरण यथा– दुर्घटना किस परिस्थिति में एवं कैसे घटित हुई निर्दिष्ट करें)	....
	(द)	चिकित्सालय का नाम, जहां मृतक का उपचार किया गया	....
	(य)	मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान	....
5.		मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें (जहां नगर परिषद / पालिकाएं कार्यरत हैं वहां उपरोक्त से मृत्यु प्रमाण पत्र प्राप्त कर संलग्न करें)	....
6.		दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट संलग्न करें ।	....
7.		क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया गया था ? यदि हां, तो रिपोर्ट संलग्न करें	....
8.		क्या मृतक के दाह संस्कार हेतु मृतक शरीर को एक शहर / कस्बा / गांव से दूसरे शहर / कस्बा / गांव ले जाया गया था ? यदि हां तो कृपया विवरण दें ।	....

क्रमशः 2

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैं .... (मृतक का नाम) का / की .... (सम्बन्ध) हूँ एवं श्री/श्रीमती/कुमारी/ .... की मृत्यु के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से सम्बन्धित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मेंने छुपाया नहीं है । यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाये तो इसके लिये मै व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊगां / होऊंगी ।

दावेदार के हस्ताक्षर
एवं पूर्ण स्थाई पता
मय मोबाइल न.

स्थान:
दिनांक

दावा प्रपत्र पूर्ण रूप से भरा जावे एवं निम्नाकिंत वांछित सूचनाये/दस्तावेज आवश्यक है:–

1. पुलिस एफ.आई.आर. की पूर्ण स्पष्ट आगे–पीछे की प्रमाणित प्रति । यदि एफ.आई.आर. दर्ज नहीं करवायी गयी हो तो नहीं करवाने का कारण अंकित करें ।
2. पुलिस को अन्तिम जांच रिपोर्ट (एफ.आर.)/चालान की पूर्ण स्पष्ट आगे–पीछे प्रमाणित प्रति मय गवाहों के बयानों सहित ।
3. पोस्टमार्टम रिपोर्ट की स्पष्ट पूर्ण आगे–पीछे प्रमाणित प्रति । यदि पोस्टमार्टम नहीं करवाया गया हो तो नहीं करवाये जाने का कारण अंकित करें ।
4. घटना का पूर्ण विवरण, घटना (कब, कहां व कैसे घटित हुई) ।
5. विमुक्ति पत्र पर मनोनीत के हस्ताक्षर प्रमाणित कर भिजवायें ।
6. पोस्टमार्टम विसरा अथवा एफ.एस.एल की रिपोर्ट ।
7. ईलाज का पूर्ण विवरण यथा इन्डोर टिकिट/डिस्चार्ज टिकिट/चिकित्सा परिचर्या/ली गयी दवाईयो का पूर्ण विवरण इत्यादि की पूर्ण प्रमाणित प्रतियां ।
8. मूल प्रस्ताव पत्र।

विमुक्ति पत्र

(मृतक निगम कर्मचारी के मनोनीत (दावेदार) द्वारा पूर्ति किया जाये । मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में उसके पंजीकृत संरक्षक द्वारा पूर्ति किया जाये)

मै श्री / श्रीमती / कुमारी (मृतक का नाम).. के जीवन पर जारी की गयी समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना पॉलिसी के अन्तर्गत भुगतान के सम्बन्ध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता / करती हूँ ।

हस्ताक्षर मनोनीत (दावेदार)
अथवा संरक्षक

स्थानः
दिनांक :

(विमुक्ति पत्र भरने वाले का पूरा नाम, स्थाई पता तथा मोबाइल नंबर)

(हस्ताक्षर प्रमाणित करने वाले का पूर्ण विवरण)

कार्यालयाध्यक्ष द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

कार्यालयाध्यक्ष

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह सितम्बर, 2019 के बिल संख्या .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत रूपये .... काटा गया था । (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को उपरोक्त सूचनाओं का आधार माना जाये) दावेदार, बीमित व्यक्ति द्वारा समूह व्यक्तिगत पॉलिसी हेतु मनोनीत व्यक्ति है / संरक्षक है एवं दावेदार मृतक कर्मचारी / अधिकारी का / की .... (सम्बन्ध) है । बीमेदार की मृत्यु दिनांक .... को हो गयी है।

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

वृत लेखाधिकारी द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार का समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत प्रीमियम उसके माह सितम्बर, 2019 के वेतन से वेतन विपत्र संख्या .... दिनांक .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत .... रूपये काटा गया था एवं ई–ग्रास संख्या.. दिनांक...................................के माध्यम से काटा जाकर संबंधित संयुक्त / उप / सहायक निदेशक बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय .... को भिजवाया गया था।

हस्ताक्षर
वृत लेखाधिकारी
मय सील

दिनांक :
स्थानः

* प्रीमियम जमा कराए गए ई चालान की कॉपी संलग्न करें ।

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना योजना दावा प्रपत्र
(मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों की दशा में बीमादार द्वारा भरा जाये)
वर्ष :2019-2020

1.	(अ)	बीमेदार का नाम, पद व कार्यालय का नाम	....
	(ब)	पिता/पति का नाम	....
	(स)	घर का स्थायी पता	....
	(द)	घर का वर्तमान पता	....
2.	(अ)	बीमित व्यक्ति के वर्तमान आहरण व वितरण अधिकारी का पता	....
	(ब)	वर्तमान पॉलिसी हेतु प्रीमियम कटौति करने वाले आहरण व वितरण अधिकारी का पता	....
3.	(अ)	दुर्घटना का समय एवं दिनांक	....
	(ब)	दुर्घटना का स्थान	....
	(स)	दुर्घटना का विवरण (यहां दुर्घटना के सम्बन्ध में समस्त विवरण यथा– दुर्घटना किस परिस्थिति में एवं कैसे घटित हुई, दुर्घटना में बीमेदार को क्या शारीरिक क्षति हुई इत्यादि का विवरण दें)	....
	(द)	चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया गया	....
	(य)	क्या दुर्घटना से पूर्व बीमेदार द्वारा किसी नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ?	....
4.		यदि दुर्घटना के सम्बन्ध में पुलिस में प्रथम सूचना रिपोर्ट दर्ज करवाई गई हो तो उसकी प्रति संलग्न करें ।	....
5.		शारीरिक क्षति हेतु अधिकृत चिकित्सा अधिकारी का निर्धारित प्रपत्र में प्रमाण पत्र संलग्न करें ।	....

मैं यह प्रमाणित करता / करती हूँ कि दुर्घटना के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से सम्बन्धित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है । यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाये तो इसके लिये मै व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊगां / होऊंगी ।

बीमेदार के हस्ताक्षर मय
स्थाई पता, मोबाइल न.

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार का समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह .... वर्ष :2019–2020 के वेतन बिल से काटा जाकर ई ग्रास संख्या..................... दिनांक . ... के माध्यम से जिला कार्यालय......................................में जमा करवाया गया, ई चालान की प्रति संलग्न है।

(स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को आधार माना जाये) मेरी जानकारी के अनुसार बीमेदार द्वारा दुर्घटना के सम्बन्ध में दावा प्रपत्र तथ्य सत्य है ।

दिनांक :
स्थानः

हस्ताक्षर
कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अंतर्गत मनोनीत परिवर्तन प्रपत्र
(प्रस्तावक द्धारा भरा जाये)

मै श्रीमती/कुमारी/श्री .... एतद् द्वारा यह घोषणा करती हूॅं / करता हूॅं कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत प्रस्ताव प्रपत्र भरते समय मैने श्रीमती / कुमारी / श्री .... जो मेरा / मेरी/ मेरे .... (सम्बन्ध) हैं, को समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु मनोनीत घोषित करती/करता हूॅं ।

मै यह भी घोषणा करता/करती हूॅं कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिये पर्याप्त विमुक्ति होगी ।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर...........

स्थान ....
दिनांक ....

प्रस्तावक का नाम ....
पद ....

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है ।

हस्ताक्षर कार्यालयाध्यक्ष
मय सील

स्थान ....
दिनांक ....

वृत लेखाधिकारी द्वारा दिया जाने वाला प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार का समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत प्रीमियम उसके माह सितम्बर, 2019 के वेतन से वेतन विपत्र संख्या .... दिनांक .... एवं भुगतान दिनांक .... के अन्तर्गत .... रूपये काटा गया था एवं ई–ग्रास संख्या.. दिनांक...................................के माध्यम से काटा जाकर संबंधित संयुक्त/उप/सहायक निदेशक बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के जिला कार्यालय .... को भिजवाया गया था।

दिनांक:
स्थानः

हस्ताक्षर
वृत लेखाधिकारी
मय सील

दावा प्रपत्र पूर्ण रूप से भरा जावे एवं निम्नाकिंत वांछित सूचनाये/दस्तावेज आवश्यक हैः–

1. पुलिस एफ.आई.आर. की पूर्ण स्पष्ट आगे.पीछे की प्रमाणित प्रति । यदि एफ.आई. आर. दर्ज नहीं करवायी गयी हो तो नहीं करवाने का कारण अंकित करें ।
2. पुलिस को अन्तिम जांच रिपोर्ट (एफ.आर.)/चालान की पूर्ण स्पष्ट आगे–पीछे प्रमाणित प्रति मय गवाहों के बयानों सहित।
3. घटना का पूर्ण विवरण, घटना (कब, कहां व कैसे घटित हुई) ।
4. विमुक्ति पत्र पर मनोनीत के हस्ताक्षर प्रमाणित कर भिजवायें ।
5. ईलाज का पूर्ण विवरण यथा इन्डोर टिकिट/डिस्चार्ज टिकिट/चिकित्सा परिचर्या/ ली गयी दवाईयो का पूर्ण विवरण इत्यादि की पूर्ण प्रमाणित प्रतियां ।

परिशिष्ट–'1'

विद्युत कम्पनियों की यूनिट्स के लिये एसआईपीएफ की यूनिट्स

जयपुर विद्युत वितरण निगम लिमिटेड

क्रम संख्या	लेखाधिकारी सर्किल का नाम	एसआईपीएफ यूनिट
1.	अलवर	अलवर
2.	भरतपुर	भरतपुर
3.	दौसा	दौसा
4.	जेसीसी, जयपुर	जयपुर शहर
5.	जेपीडीसी, जयपुर	जयपुर ग्रामीण
6.	केस, जयपुर	जयपुर सचिवालय
7.	जयपुर जोन, जयपुर	जयपुर शहर
8.	एम.एम., जयपुर	जयपुर शहर
9.	आर. एण्ड टी.डबलू, जयपुर	जयपुर शहर
10.	झालावाड़	झालावाड़
11.	कोटा	कोटा
12.	सवाईमाधोपुर	सवाईमाधोपुर
13.	बूंदी	बूंदी
14.	बांरा	बांरा
15.	करौली	करौली
16.	धौलपुर	धौलपुर
17.	टोंक	टोंक