

**प्रारूप VI**  
**[विनियम 39(9) देखें]**

बैंक का नाम : पूर्वाचल बैंक

**बिना चिकित्सा जाँच के पेन्शन के संराशीकरण हेतु आवेदन**  
(सेवानिवृत्ति के एक वर्ष के भीतर प्रस्तुत किया जाना होगा)

सेवा में,

पदनामित अधिकारी

महोदय,

मैं बैंक की सेवा से तारीख ..... को सेवानिवृत्त हुआ/हो जाऊँगा। मैं बैंक (कर्मचारी) पेन्शन विनियम, 2018 के अनुरूप अपनी पेन्शन के ..... अंश के संराशीकरण हेतु इच्छुक हूँ। आवश्यक विवरण नीचे दिये गये हैं :-

पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) : .....

सेवानिवृत्ति के समय पदनाम : .....

कार्यालय/विभाग का नाम : .....  
जिससे सेवानिवृत्त हुये

जन्म की तारीख (बैंक के : .....  
सेवा अभिलेख के अनुसार)

सेवानिवृत्ति की तारीख : .....

पेन्शन की श्रेणी : .....

पेन्शन का वह भाग जिसका : .....  
संराशीकरण प्रस्तावित है जो  
कि पेन्शन के 1/3 से  
अधिक नहीं होगा

स्थान :

हस्ताक्षर

पता : .....

.....

**अभिस्वीकृति**

श्री/श्रीमती/कुमारी ..... से पेन्शन के  
संराशीकरण हेतु आवेदन प्राप्त हुआ है।

पूर्व पदनाम

स्थान :

तारीख :

(पदनामित प्राधिकारी के हस्ताक्षर)

पासपोर्ट आकार  
की अनुप्रमाणित  
फोटो चिपकाने हेतु  
स्थान

**प्रारूप VII**  
**[विनियम 39(9) देखें]**

बैंक का नाम : पूर्वांचल बैंक

**चिकित्सा जाँच के अध्यक्षीन पेन्शन के संराशीकरण हेतु आवेदन**  
(दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)

**भाग – I**

सेवा में,

पदनामित अधिकारी

महोदय,

पासपोर्ट आकार  
की अनुप्रमाणित  
फोटो चिपकाने हेतु  
स्थान

मैं बैंक (कर्मचारी) पेन्शन विनियम, 2018 के अनुरूप अपनी पेन्शन के ..... अंश के संराशीकरण हेतु इच्छुक हूँ। मेरे फोटो की एक अनुप्रमाणित प्रति आवेदन पर चिपकी हुई है और एक अनुप्रमाणित प्रति संलग्न है। आवश्यक विवरण नीचे दिये गये हैं :-

1. पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) : .....
2. सेवानिवृत्ति के समय पदनाम : .....
3. कार्यालय/विभाग का नाम जिससे : .....  
सेवानिवृत्त हुये
4. जन्म की तारीख (बैंक के सेवा : .....  
अभिलेख के अनुसार)
5. सेवानिवृत्ति की तारीख : .....
6. पेन्शन की श्रेणी : .....
7. पेन्शन का वह भाग जिसका : .....  
संराशीकरण प्रस्तावित है जो कि पेन्शन  
के 1/3 से अधिक नहीं होगा
8. उस स्थान की वरीयता (पसंद) जहाँ : .....  
पर चिकित्सा जाँच कराने के इच्छुक हैं

स्थान :

हस्ताक्षर

तारीख :

पता : .....

**अभिस्वीकृति**

श्री/श्रीमती/कुमारी ..... से पेन्शन के  
संराशीकरण हेतु आवेदन प्राप्त हुआ है।

पूर्व पदनाम

स्थान :

तारीख :

(पदनामित प्राधिकारी के हस्ताक्षर)

**प्रारूप VII - भाग – II**  
(पदनामित प्राधिकारी द्वारा पूरा किया जाना है)

1. आवेदक का नाम : .....
2. जन्म की तारीख (बैंक के सेवा : .....  
अभिलेख के अनुसार)
3. सेवानिवृत्ति की तारीख : .....
4. पेन्शन की श्रेणी : .....
5. पेन्शन की राशि : .....
6. पेन्शन की राशि जिसके संराशीकरण : .....  
हेतु इच्छुक

के आधार पर

.....		
जोड़े गये वर्ष		
सामान्य आयु	.....	.....
1 वर्ष	.....	2 वर्ष
.....	.....	.....
रूपये	रूपये	रूपये
.....	.....	.....

- 7(i) आवेदक के अगले जन्मदिन जो कि : .....  
तारीख ..... को पड़ता है से  
पूर्व संराशीकरण पूरी हो जाने पर देय  
राशि
- 7(ii) आवेदक के अगले जन्मदिन जो कि : .....  
तारीख ..... को पड़ता है के  
पश्चात् संराशीकरण पूरी हो जाने पर  
देय राशि
8. संलग्नकों, यदि कोई हो, की संख्या  
(कृपया नीचे टिप्पण देखें)

स्थान :

तारीख :

(पदनामित प्राधिकारी के हस्ताक्षर)

**टिप्पण** : यदि आवेदक को अमान्य पेन्शन प्रदान की गयी है या उसने पूर्व में अपनी पेन्शन के अंश का संराशीकरण करवाया है या वास्तविक आयु के वर्षों में जुड़ने के आधार पर संराशीकरण को स्वीकार करने की मनाही की है या उसे चिकित्सा आधार पर मनाही (संराशीकरण) की गयी है तो पदनामित प्राधिकारी को फार्म के साथ आवेदक के मामले की प्राप्ति या विवरणी की प्रतिलिपि संलग्न करनी चाहिये।

श्री / श्रीमती / कुमारी .....

..... को प्रतिलिपि अग्रेषित।

(पूरा डाक पता दें)

कृ.पृ.उ.

बैंक के चिकित्सा अधिकारी की सिफारिश के अध्याधीन, वह नामित प्राधिकारी की रिपोर्ट के आधार पर पेन्शन की राशि के बदले एकमुश्त भुगतान के लिये पात्र होंगे :-

के आधार पर

.....	.....	.....
		जोड़े गये वर्ष
सामान्य आयु .....	.....	.....
1 वर्ष		2 वर्ष
.....	.....	.....
रूपये	रूपये	रूपये
.....	.....	.....

- (i) संदेय राशि यदि संराशीकरण आवेदक : .....  
के अगले जन्मदिन, जो कि .....  
को पड़ता है, से पूर्व पूरा हो जाता है
- (ii) संदेय राशि यदि संराशीकरण आवेदक : .....  
के अगले जन्मदिन, जो कि .....  
को पड़ता है, के पश्चात् पूरा होता है

**टिप्पण :** वर्तमान मूल्य की तालिका जिसके आधार पर नामित प्राधिकारी द्वारा गणना की जाती है, किसी भी समय सूचना के बिना परिवर्तन के अधीन है और इसके परिणामस्वरूप यह आधार भुगतान करने से पूर्व संशोधन के लिये उत्तरदायी है और देय राशि संराशीकरण पूरा होने की तारीख के पश्चात् आवेदक के जन्मदिन की आयु के लिये उपयुक्त राशि होगी या यदि चिकित्सा अधिकारी निर्देश देता है कि उस उम्र में उस वर्ष को जोड़ा जायेगा, जिसके परिणामस्वरूप आयु माना जाता है।

### अभिस्वीकृति

श्री / श्रीमती / कुमारी .....को ..... अपराहन और .....  
पूर्वाहन के बीच बैंक के डिस्पेंसरी में बैंक के चिकित्सा अधिकारी को चिकित्सकीय जाँच के लिये रिपोर्ट करना चाहिये। उन्हें अपने साथ हस्ताक्षर या अगूँटे की छाप को छोड़कर भाग - I में आवश्यक विवरणों के साथ पूरा करके उसे संलग्न प्रारूप संख्या VIII के साथ ले जाना चाहिये।

स्थान :

तारीख :

\_\_\_\_\_  
(नामित प्राधिकारी के हस्ताक्षर)

## प्रारूप VII - भाग – III

बैंक का नाम : पूर्वाचल बैंक

(चिकित्सकीय जाँच के लिये पेन्शनभोगी को निर्दिष्ट करते हुये बैंक के चिकित्सा अधिकारी को मसौदा पत्र)

सन्दर्भ संख्या :

तारीख :

सेवा में,

डॉ० .....

(बैंक के चिकित्सा अधिकारी)

महोदय / महोदया,

### चिकित्सकीय जाँच – पेन्शन का संराशीकरण

श्री / श्रीमती / कुमारी ..... जो सेवा से ..... को ..... (पदनाम) के रूप में सेवानिवृत्त हुये, ने एकमुश्त भुगतान के लिये अपनी पेन्शन के एक अंश को संराशीत करने के लिये आवेदन किया है। निम्नलिखित दस्तावेज इसके साथ अग्रेषित किये गये हैं :-

(क) मूल रूप में प्रारूप संख्या VII में आवेदन।

(ख)\* आवेदक के मामले की रिपोर्ट या विवरण यदि उसे अमान्य पेन्शन स्वीकृत की गयी है या उसने अपनी पेन्शन के एक अंश को पूर्व में संराशीकरण किया है या अपनी वास्तविक उम्र के वर्षों के अतिरिक्त के आधार पर संराशीकरण को स्वीकार करने से मना कर दिया है या चिकित्सकीय आधार पर संराशीकरण से इंकार कर दिया गया है :-

विनियम के सन्दर्भ में ..... (आरआरबी का नाम) (कर्मचारी) पेन्शन विनियम, 2018 (पेन्शन का संराशीकरण), श्री / श्रीमती / कुमारी ..... की बैंक के चिकित्सा अधिकारी द्वारा जाँच की जानी चाहिये। यह अनुरोध किया जाता है कि श्रीमान / श्रीमती / कुमारी ..... की चिकित्सकीय जाँच के सम्बन्ध में यथासम्भव हो सके तो चार सप्ताह के भीतर जाँच किये जाने की व्यवस्था की जाये।

इस पत्र की एक प्रति उनके लिये पृष्ठांकित की जा रही है जिससे कि वह जल्द से जल्द चिकित्सकीय जाँच के लिये उपस्थित हो सकें।

कृपया इस पत्र की अभिस्वीकृति स्वीकार की जाये।

भवदीय,

(नामित प्राधिकरण)

\* जो भी लागू न हो उसे काट दें।

**प्रारूप VIII**  
**[विनियम 39(9) देखें]**  
**भाग – I**

बैंक का नाम : पूर्वांचल बैंक

सत्यापित पासपोर्ट  
आकार की  
फोटोग्राफ चिपकाने  
के लिये स्थान

**बैंक के चिकित्सा अधिकारी द्वारा चिकित्सकीय  
जाँच करने के लिये पेन्शनभोगी द्वारा घोषणा**

आवेदक को बैंक के चिकित्सा अधिकारी उसकी जाँच करने से पूर्व इस घोषणा को पूरा करना होगा और बैंक के चिकित्सा अधिकारी की उपस्थिति में इस घोषणा पर हस्ताक्षर करना होगा।

1. पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) : .....
2. जन्म की तारीख (बैंक के सेवा अभिलेख के अनुसार) : .....
3. माता-पिता के बारे में विवरण : .....
- पिता की उम्र, यदि जीवित हों और स्वास्थ्य की स्थिति।  
मृत्यु के समय पिता की उम्र और मृत्यु का कारण।  
माता की उम्र, यदि जीवित हों और स्वास्थ्य की स्थिति।  
मृत्यु के समय माता की उम्र और मृत्यु का कारण
4. क्या आपको अमान्य पेन्शन देने के सम्बन्ध में विचार : .....
- किया गया है? यदि हाँ, तो उसका क्या आधार है?
5. क्या आपको आपकी सेवा के पिछले तीन वर्ष के दौरान : .....
- चिकित्सा प्रमाण पत्र पर अवकाश की स्वीकृति दी गयी  
है? यदि हाँ, तो अवकाश की अवधि और बीमारी की  
प्रकृति को स्पष्ट करें।
6. क्या आप पिछले तीन वर्ष की अवधि के दौरान :- : .....
- (क) किसी भी गम्भीर बीमारी से पीड़ित होने से  
अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता रही है?  
यदि हाँ, तो कृपया बीमारी की प्रकृति और  
अस्पताल में भर्ती करने की अवधि का विवरण  
दिया जाए या
- (ख) किसी बड़े सर्जरी ऑपरेशन से गुजरे हैं।
- (ग) उल्लेखनीय रूप से भार में कमी या वृद्धि हुई है।

**आवेदक द्वारा उद्घोषणा**

**बैंक के चिकित्सा अधिकारी की उपस्थिति में हस्ताक्षरित किया जाना है**

मैं घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त दिये गये सभी उत्तर जहाँ तक मेरा विश्वास है, सत्य और सही है।

मुझे भलीभांति यह ज्ञात है कि जानबूझकर गलत विवरण देने या संगत तथ्य को छिपाने से, मेरा संराशीकरण को खो देने का जोखिम होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या आवेदक के साक्षर न होने के मामले में अंगूठे का निशान

(बैंक के चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर)

**प्रारूप VIII - भाग - II**  
**पेन्शनभोगी का चिकित्सकीय विवरण**  
(जाँचकर्ता चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना)

1. वर्तमान (अपैरेंट) आयु : .....
2. ऊँचाई : .....
3. भार : .....
4. आवेदक का कोई निशान या पहचान सम्बन्धी कोई चिह्न का वर्णन : .....
5. पल्स दर  
(क) सिटिंग : .....  
(ख) स्टैंडिंग : .....  
नाड़ी की प्रकृति क्या है? : .....
6. रक्त चाप  
(क) सिस्टोलिक : .....  
(ख) डायस्टोलिक : .....
7. क्या मुख्य अंगों की बीमारी का कोई साक्ष्य है :-  
(क) दिल : .....  
(ख) फेफड़े : .....  
(ग) लीवर : .....  
(घ) स्प्लीन : .....  
(ङ) किडनी : .....
8. जाँच (जहाँ कहीं भी बैंक के चिकित्सा अधिकारी द्वारा आवश्यक समझा जाता है)  
(i) मूत्र (अवस्था विशिष्ट गुरुत्व) : .....  
(ii) रक्त : .....  
(iii) एक्स-रे चेस्ट : .....  
(iv) ई.सी.जी. : .....
9. कोई अतिरिक्त तथ्य : .....

**प्रारूप VIII - भाग – III**  
**पेन्शन के संराशीकरण के भुगतान के लिये स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र**  
(जाँचकर्ता चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना है)

मैंने/हमने सावधानीपूर्वक श्री/श्रीमती/कुमारी ..... की  
जाँच की है/और मेरी राय है कि –

उनका शारीरिक स्वास्थ्य अच्छा है और जीवन की औसत अवधि की सम्भावना है।

या

उनका शारीरिक स्वास्थ्य अच्छा नहीं है और वह संराशीकरण के लिये उपयुक्त नहीं हैं।

या

हालांकि वह .....  
.....  
.....

से पीड़ित हैं फिर भी उन्हें संराशीकरण के लिये उपयुक्त माना जाता है किन्तु संराशीकरण के उद्देश्य से उनकी उम्र को ..... (शब्दों में) को उनकी वास्तविक उम्र से अधिक वर्षों के लिये लिया जाना चाहिये।

स्थान :

तारीख :

---

(जाँचकर्ता चिकित्सा अधिकारी  
के हस्ताक्षर और पदनाम)