**भाकृअनुप-केंद्रीय बारानी कृषि अनुसंधान संस्‍थान**

**ICAR-CENTRAL RESEARCH INSTITUTE FOR DRYLAND AGRICUTURE**

**संतोषनगर/SANTOSHNAGAR, सैदाबाद पोस्‍ट/SAIDABAD P.O., हैदराबाद/HYDERABAD – 500 059**

 **भाकृअनुप के तहत लाभ के लिए नामांकन कर्मचारियों की बीमा योजना जब भाकृअनुप का कर्मचारी का कोई परिवार न हो और वह एक व्यक्ति या एक से अधिक व्यक्तियों को नामित करना चाहता हो/NOMINATION FOR BENEFITS UNDER THE I.C.A.R. EMPLOYEES’ INSURANCE SCHEME WHEN THE I.C.A.R. EMPLOYEE HAS/NO FAMILY AND WISHES TO NOMINATE ONE PERSON OR MORE THAN ONE PERSON.**

 मैं, जिसका कोई परिवार है/नहीं , एतद्द्वारा नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को नामित करता हूं और उसे/उन्हें निर्दिष्ट सीमा से कम राशि प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता हूं, जो सेवा में रहते हुए मृत्यु से स्वीकृत हो सकती है या सेवा पर रहते हुए मेरी 60 वर्ष की आयु प्राप्त करने पर देय हो जाती है और मेरी मृत्यु पर अवैतनिक रह सकता है/I, having a/no family, hereby nominate the person/persons mentioned below and confer on him/them the right to receive the extent specified, below any amount that may be sanctioned by the death while in service or which having become payable on my attaining the age of 58 years may remain unpaid at my death.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| नाम और पता नामिती / नामितें/Name & address nominee/nominees | भाकृअनुप-कर्मचारी के साथ संबंधRelationship with ICAR employee | आयु/Age | प्रत्येक को भुगतान की जाने वाली राशि का हिस्सा/Share of amt. To be paid to each | आकस्मिकताएं\* होने पर नामांकन अमान्य हो जाएगा/Contingencies\* on the happening of which the nomination shall become invalid | उस व्यक्ति का नाम, पता और संबंध, यदि कोई हो, जिसे भाकृअनुप कर्मचारी के पूर्व मृत्यु की स्थिति में नामिती का अधिकार पारित होगा/Name, address & relationship of the person, if any, to whom the right of the nominee shall pass in the event of his predeceasing the ICAR employee |
|  |  |  |  |  |  |

 दिनांक ………………… का दिन ………………………….. हैदराबाद में/Dated this …………….. day of ………………………………….. at Hyderabad

हस्ताक्षर के दो गवाह/Two witnesses to Signature

1.

1. **भाकृअनुप के कर्मचारियों का हस्‍ताक्षर**

**Signature of ICAR Employees**

* इस कॉलम को भरा जाना चाहिए ताकि बीमा योजना के तहत देय पूरी राशि को कवर किया जा सके/This column should be filled in so as to cover the whole amount that may be payable under the Insurance Scheme.

नोट/N.B. 1. भाकृअनुप के कर्मचारियों को उनकी अंतिम प्रविष्टि के नीचे रिक्त स्थान पर रेखा खींचनी चाहिए ताकि उनके हस्ताक्षर करने के बाद किसी भी नाम को सम्मिलित करने से रोका जा सके/The ICAR employees should drawn line across the blank space below his last entry to prevent the insertion of any names after he has signed.

2. जहां एक भाकृअनुप कर्मचारी जिसका कोई परिवार नहीं है, नामांकन करता है, वह इस कॉलम में निर्दिष्ट करेगा कि बाद में उसे एक परिवार प्राप्‍त हो जाने पर पहले दिया हुए नामांकन अमान्य हो जाएगा/Where an ICAR employee who has no family, makes a nomination he shall specify in this column that the nomination shall become invalid in the event or his subsequently acquiring a family.