

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना दावा प्रपत्र
(मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों की दशा में बीमेदार द्वारा भरा जाये)

1. अ. बीमेदार का नाम, पद व :
विभाग का नाम :
- ब. पिता/पति का नाम :
- स. घर का स्थायी पता :
- द. घर का वर्तमान पता :
2. अ. बीमित व्यक्ति के वर्तमान :
आहरण एवं वितरण का अधिकारी :
का पता :
- ब. वर्तमान पॉलिसी हेतु प्रीमियम :
कटौती करने वाले आहरण :
एवं वितरण अधिकारी का पता :
3. अ. दुर्घटना का समय एवं दिनांक :
ब. दुर्घटना का स्थान :
स. दुर्घटना पूर्ण विवरण :
(यहां दुर्घटना के संबंध में समस्त :
विवरण यथा – दुर्घटना किस :
परिस्थिति में एवं कैसे घटित :
हुई निर्दिष्ट करें) :
- 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 संबंध में पुलिस :
में प्रथम सूचना रिपोर्ट दर्ज करवाई :
गयी 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 हूं/करती हू कि दुर्घटना के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से संबंधित मैंने कोई

तथ्य नहीं छिपाया है। यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जाए तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊंगा/होऊंगी।

बीमेदार के हस्ताक्षर

आहरण एवं वितरण अधिकारी /विकास अधिकारी/ प्रभारी अधिकारी का
प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह माह सन् 20 के बिल संख्या एवं भुगतान दिनांक के अन्तर्गत रुपये काटा गया था। (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान पत्र में निर्दिष्ट विवरण को आधार माना जाये) मेरी जानकारी के अनुसार बीमेदार द्वारा दुर्घटना के संबंध में दावा प्रपत्र तथ्य सत्य है।

विभागाध्यक्ष/आहरण एवं वितरण अधिकारी/
विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर
मय पद एवं सील
डी.डी.ओ. नम्बर