

राजस्थान सरकार
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग
(साधारण बीमा निधि)

राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना का दावा प्रपत्र
(विद्यार्थी की मृत्यु की दशा में दावेदार विद्यार्थी के माता/पिता अथवा दोनो के न होने की
अवस्था में संरक्षक द्वारा भरा जावे।)

- 1- अ. विद्यार्थी का सनाम एवं कक्षा/आयु
- G पिता/माता/संरक्षक का नाम
- स. नामांकन संख्या दिनांक
- 2- अ. दावेदार (पिता/माता/संरक्षक का नाम)
- G मृतक से संबंध
- स. बीमित विद्यार्थी के द्वर का पता
- 3- अ. बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम व पता
- 4- अ. दुर्घटना का समय एवं दिनांक
- ब. दुर्घटना का स्थान
- स. दुर्घटना का पूर्ण विवरण
- (यहाँ दुर्घटना के संबंध में समस्त विवरण, यथा दुर्घटना किस परिस्थिति में व
 कैसे घटित हुई, निर्दिष्ट करें।)
- द. क्या दुर्घटना से पूर्व बीमेदार द्वारा किसी नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था
 ?.....
- य. चिकित्सालय का नाम, जहाँ मृतक का उपचार किया गया।

- र. मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान
- 5- मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें (जहाँ नगर परिषद/पालिकाएं कार्यरत हैं वहाँ उपरोक्त से मृत्यु प्रमाण पत्र प्राप्त कर संलग्न करें अन्य मामलों में ग्राम पंचायत से मृत्यु प्रमाण प्राप्त कर संलग्न करें)
- 6- क्या दुर्घटना से संबंधित रिपोर्ट करवाई गई थी, क्या संलग्न कर दी गई है ?
.....
- 7- क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया गया था ? यदि हाँ तो क्या पोस्टमार्टम रिपोर्ट संलग्न कर दी गई है ?
- 8- योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त किया गया है अथवा नहीं ?
(यदि हाँ, तो कारण, राशि व दिनांक दें)

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं(विद्यार्थी का नाम) का/की (संबंध) हूँ एवं श्री/कुमारी की मृत्यु के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं एवं उपरोक्त दुर्घटना से संबंधित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त विवरण भविष्य में असत्य पाया जावे तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊंगी।

दिनांक :-

दावेदार के हस्ताक्षर
एवं पूरा नाम

विमुक्ति - पत्र

(मृतक विद्यार्थी के दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी (विद्यार्थी का नाम)के जीवन पर जारी की गई विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत भुगतान के संबंध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/करती हूँ।

स्थान :-

दिनांक :-

हस्ताक्षर प्रमाणित

हस्ताक्षर दावेदार

(प्रमाणित करने वाले अधिकारी का पद
राजपत्रित अधिकारी से कम न हो)

पूरा नाम

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है उक्त विद्यार्थी इस संस्था में कक्षा का विद्यार्थी था एवं विद्यार्थी का नामांकन दिनांक है दुर्घटना से पूर्व विद्यार्थी किसी हाथ, पांव, कान, आँख की अपंगता से ग्रस्त था/नहीं था (यदि था तो विवरण अंकित करें।) तथा विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत बीमित था एवं दावेदार मृतक विद्यार्थी का/की (संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक को हो गई है। विद्यार्थी की जन्म तिथि है।

प्रति हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

विकास अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी

प्राचार्य/प्रधानाध्यापक

के हस्ताक्षर व मोहर

मोहर सहित

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना का दावा प्रपत्र

(मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों/चिकित्सा व्यय की दशा में प्रयोग किया जावे।

दावेदार विद्यार्थी के पिता/माता अथवा दोनो के न होने की अवस्था में संरक्षक भरा जावे)

- 1- अ. विद्यार्थी का नाम एवं कक्षा
- ब. पिता/माता/संरक्षक का नाम
- 2- अ. बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम व पता
- ग. दुर्घटना से पूर्व मौजूद शारीरिक अपंगता
- स. बिमित विद्यार्थी के घर का पता

3. अ. दुर्घटना का समय एवं दिनांक
- ब. दुर्घटना का स्थान
- स. दुर्घटना का पूर्ण विवरण

(यहा दुर्घटना के सम्बन्ध में समस्त विवरण, यथा दुर्घटना किस परिस्थिति में व कैसे घटित हुई, दुर्घटना में बीमेदार का क्या शारीरिक क्षति हुई इत्यादि का विवरण दे।)

द. चिकित्सा का नाम, जहाँ उपचार किया गया

य. क्या दुर्घटना से पूर्व बीमेदार द्वारा किसी नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ?

.....

4. क्या दुर्घटना से संबंधित पुलिस रिपोर्ट कराई गई थी, क्या संलग्न कर दी गई है ?

1- क्या शारीरिक क्षति हेतु संबंधित चिकित्सक का प्रमाण-पत्र संलग्न कर दिया गया है ? दवाईयों के बिल की प्रति एवं चिकित्सालय का डिसचार्ज टिकिट

योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त किया गया है अथवा नहीं ? यदि हाँ तो कारण, राशि व दिनांक दें।

दावेदार के हस्ताक्षर

..... में
प्रमाणित करता/करती हूँ कि
मैं..... (विद्यार्थी
का नाम)का/की

(संबंध) हूँ एवं श्री/कुमारी
..... की मृत्यु के संबंध में वर्णित
उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही
है एवं उपरोक्त दुर्घटना से संबंधित मुझे ज्ञात
कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त
विवरण भविष्य में असत्य पाया जावे तो
इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार
होऊंगा/होऊंगी।

दिनांक :-

एवं पूरा नाम

विमुक्ति - पत्र

(मृतक विद्यार्थी के दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी (विद्यार्थी का नाम)
..... के जीवन पर जारी की गई विद्यार्थी
सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत भुगतान के संबंध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य
बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित
करता/करती हूँ।

स्थान :-

दिनांक :-

हस्ताक्षर प्रमाणित

हस्ताक्षर दावेदार

(प्रमाणित करने वाले अधिकारी का पद

पूरा नाम

राजपत्रित अधिकारी से कम न हो)

.....

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के सम्बन्ध में वर्णित उपरोक्त तथ्य
मेरी जानकारी के अनुसार सही है उक्त विद्यार्थी इस संस्था में कक्षा
का विद्यार्थी था एवं विद्यार्थी का नामांकन दिनांक है
दुर्घटना से पूर्व विद्यार्थी किसी हाथ, पांव, कान, आँख की अपंगता से ग्रस्त था/नहीं था (यदि

था तो विवरण अंकित करें।) तथा विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत बीमित था एवं दावेदार मृतक विद्यार्थी का/की (संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक को हो गई है। विद्यार्थी की जन्म तिथि है।

प्रति हस्ताक्षर

विकास अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी

के हस्ताक्षर व मोहर

हस्ताक्षर

प्राचार्य/प्रधानाध्यापक

मोहर सहित