

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा दावा प्रपत्र

(दावेदार की मृत्यु की दशा में मनोनीत 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

(जहां दावे का भुगतान भेजा जाना है)

2. अ. दावेदार (मनोनीत) का नाम

ब. मृतक से संबंध

3. अ. बीमित व्यक्ति के वर्तमान

आहरण एवं वितरण

अधिकारी का पता

ब. वर्तमान पॉलिसी हेतु प्रीमियम कटौती

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

संबंध 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

परिषद्/पालिकाएं कार्यरत हैं वहां उपरोक्त

से मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त कर संलग्न करें।

- अन्य मामलों में ग्राम पंचायत से मृत्यु
 प्रमाण-पत्र प्राप्त कर संलग्न करें)
 6. दुर्घटना से संबंधित पुलिस रिपोर्ट
 संलग्न करें।
 7. क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया
 गया था ? यदि हां, तो रिपोर्ट
 संलग्न करें।
 8. क्या मृतक का दाह संस्कार मृत्यु के स्थान
 के अतिरिक्त किसी अन्य स्थान पर किया
 गया था ? यदि हां, तो कृपया विवरण दें।

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

दिनांक :

दावेदार के हस्ताक्षर
 एवं पूरा नाम

विमुक्ति पत्र

[मृतक राज्य कर्मचारी के मनोनीत (दावेदार) द्वारा पूर्ति किया जावे]

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

स्थान :

हस्ताक्षर मनोनीत (दावेदार)

दिनांक :

पूरा नाम

हस्ताक्षर प्रमाणित

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

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका
 प्रीमियम वेतन बिल माह अप्रैल, 20..... के बिल संख्या..... एवं भुगतान दिनांक..... के
 अन्तर्गत..... रुपये काटा गया था। (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण-पत्र में निदिष्ट
 विवरण को उपरोक्त सूचनाओं का आधार मानकर उपरोक्त बीमित व्यक्ति द्वारा समूह व्यक्तिगत पॉलिसी हेतु मनोनीत व्यक्ति
 है एवं सहायक कर्मचारी/अधिकारी का/की..... (सम्बन्ध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक
 को हो गई है।

आहरण एवं वितरण अधिकारी/
 विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर
 डी.डी.ओ. कोड नम्बर