

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना दावा प्रपत्र
(दावेदार की मृत्यु की दशा में मनोनीत द्वारा भरा जाये)

1. (अ) बीमेदार का नाम, पद व विभाग :
- (ब) पिता/पति का नाम :
- (स) घर का स्थायी पता :
- (द) घर का वर्तमान पता :
- (जहां दावे के भुगतान की सूचना भेजी जानी है) :
2. (अ) दावेदार (मनोनीत) का नाम :
- (ब) मृतक से संबंध :
- (स) मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति :
- में पंजीकृत संरक्षक का नाम :
- (द) संरक्षक का मनोनीत से संबंध :
3. (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 :
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 :
परिषद/पालिकाए कार्यरत है वहां उपरोक्त
से मृत्यु प्रमाण पत्र प्राप्त कर संलग्न करें)
6. दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट :
संलग्न करें।
7. क्या मृतक का पोस्टमार्टम किया गया :
था ? यदि हां, तो रिपोर्ट संलग्न करें
8. क्या मृतक के दाह संस्कार हेतु मृत :
शरीर को एक शहर/कस्बा/गांव से दूसरे
शहर/कस्बा/गांव ले जाया गया था ?
यदि हां तो कृपया विवरण दे

मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि मैं (मृतक का नाम)
का/की (संबंध) हूं एवं श्री/श्रीमती/कुमारी/.....की मृत्यु के
संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है 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
होंउंगा/होंउंगी।

दावेदार के हस्ताक्षर
एवं पूरा पता

दिनांक :

विमुक्ति पत्र

(मृतक राज्य कर्मचारी के मनोनीत (दावेदार) द्वारा पूर्ति किया जाये। मनोनीत के
अवयस्क होने की स्थिति में उसके पंजीकृत संरक्षण द्वारा पूर्ति किया जाये)

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

स्थान : हस्ताक्षर मनोनीत (दावेदार)
दिनांक : पूरा नाम

हस्ताक्षर प्रमाणित

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

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

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त बीमेदार समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित था एवं उसका प्रीमियम वेतन बिल माह अप्रैल, 20 एवं भुगतान दिनांक के अन्तर्गत रुपये काटा गया था। (स्थानान्तरित कर्मचारियों के मामलों में अन्तिम भुगतान प्रमाण पत्र में निर्दिष्ट विवरण को उपरोक्त सूचनाओं का आधार माना जाये) दावेदार, बीमित व्यक्ति द्वारा समूह व्यक्तिगत पॉलिसी हेतु मनोनीत व्यक्ति है/संरक्षक है एवं दावेदार मृतक कर्मचारी/अधिकारी का/की (संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक को हुई है।

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