

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना - (पीएमएसबीवाई)

(दावा फार्म)

यह फार्म दायित्व स्वीकार किए बिना जारी किया जाता है। अधिमानतः जिस दुर्घटना से दावा उत्पन्न हुआ उसके 30 दिन के भीतर इसे भरकर उस शाखा में जमा कराया जाना चाहिए जहां बीमित व्यक्ति का उल्लिखित बैंक खाता है।

01	खाता धारक (बीमित व्यक्ति) का नाम	
02	बीमित व्यक्ति का पूरा पता	
03	बैंक शाखा का नाम एवं पता	
04	बचत बैंक खाता संख्या	
05	बीमित व्यक्ति का सम्पर्क विवरण (यदि उपलब्ध हो) : मोबाइल नं. : दूरभाष नं.: ई-मेल पता: आधार सं., यदि उपलब्ध हो:	
06	नामिती का विवरण (बीमित व्यक्ति की मृत्यु के मामले में) नाम : मोबाइल/ दूरभाष नं.: ई-मेल पता: बैंक खाते का विवरण (इलेक्ट्रॉनिक अंतरण हेतु): आधार सं., यदि उपलब्ध हो:	
07	दुर्घटना का विवरण क) दुर्घटना का दिन, तारीख और समय : ख) दुर्घटना का स्थान: ग) दुर्घटना की प्रकृति: घ) मृत्यु का कारण/चोट का विवरण:	
08	अस्पताल/इलाज करने वाले डॉक्टरों का नाम, पता और सम्पर्क का ब्यौरा:	
09	बताएं कब और कहां कम्पनी का चिकित्सा या अन्य अधिकारी बीमित व्यक्ति से मिल सकता है।	
10	दावे के समर्थन में प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज: क) मृत्यु के मामले में: मूल प्राथमिकी/पंचनामा, पोस्टमार्टम रिपोर्ट और मृत्यु प्रमाणपत्र ख) स्थायी विकलांगता के मामले में: मूल प्राथमिकी/ पंचनामा और सिविल सर्जन से विकलांगता प्रमाणपत्र ग) अदायगी रसीद	

घोषणा : मैं, एतद्वारा, यह घोषणा करता/करती हूँ और आश्वासन देता/देती हूँ कि पूर्वगामी विवरण हर प्रकार से सत्य एवं पूर्ण है और मैं इस बात से सहमत हूँ कि यदि ऊपर दिया गया कोई विवरण गलत या असत्य साबित होता है या किसी जानकारी को दबाया या छिपाया गया है तो मुआवजे का मेरा अधिकार समाप्त हो जाएगा। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पीएमएसबीवाई के अंतर्गत किसी अन्य कवर के माध्यम से उपर्युक्त दुर्घटना के कारण पीएमएसबीवाई के अंतर्गत देय राशि पर दावा नहीं किया है।

तिथि:

दावाकर्ता/नामिति का हस्ताक्षर

कार्यालय उपयोग के लिए:

पॉलिसी संख्या		दावा संख्या	
---------------	--	-------------	--

प्रमाणित किया जाता है कि बैंक खाता और नामिति से संबंधित जानकारी को सत्यापित किया गया है। प्रीमियम दिनांक.....को बैंक खाते से डेबिट किया गया था तथा दिनांक..... को बीमाकर्ता को विप्रेषित किया गया था।

बैंक के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

अदायगी रसीद

दावा सं. : (बैंक द्वारा भरे जाने के लिए)

पॉलिसी सं.:

बैंक/शाखा का नाम :

बीमित व्यक्ति का नाम :

बीमित व्यक्ति का बैंक खाता सं.:

तिथि :

उपर्युक्त संदर्भित मेरे/हमारे दावे के अनुमोदन के विचारार्थ, मैं/हम एतद्वारा,.....
(हानि की तिथि) को घटितसे उत्पन्न दावा, जो.....से.....तक
की अवधि के लिए वैध पॉलिसी सं. के अंतर्गत है, के पूर्ण एवं अंतिम निपटान
के रूप में(बीमा कंपनी का नाम) से.....रूपये की राशि (अनुमोदित
निवल दावा राशि) स्वीकार करता हूं/करते हैं।

मैं/हम एतद्वारा, स्वेच्छा से उक्त हानि/दुर्घटना के संबंध में प्रत्यक्षतः/अप्रत्यक्षतः उत्पन्न
मेरे/हमारे वर्तमान या भावी दावों के पूर्ण और अंतिम निपटान में कम्पनी को अदायगी रसीद
प्रदान करता/करते हैं। मैं/हम एतद्वारा, उपर्युक्त हानि/नुकसान के संबंध में कंपनी को मेरे/हमारे
सभी अधिकार और निदान प्रतिस्थापित करता/करते हैं।

एक रूपये का राजस्व टिकट

नामिति/बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

पूरा नाम :

पता :

नामिति का खाता संख्या:

साक्षी :

पूरा नाम :

पता :

बैंक प्राधिकृत अधिकारी के प्रतिहस्ताक्षर

बैंक का नाम और शाखा:

पता :