

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

अनुदानित/गैर अनुदानित विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना का दावा प्रपत्र

(मृत्यु के अतिरिक्त अन्य क्षतियों/चिकित्सा व्यय की दशा में प्रयोग किया जावे। दावेदार विद्यार्थी का पिता/माता अथवा दोनों के न होने की अवस्था में संरक्षक द्वारा भरा जावे।)

1. अ. विद्यार्थी का नाम व कक्षा/आयु
- ब. पिता/माता/संरक्षक का नाम
2. अ. बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम
- व पता
- ब. दुर्घटना से पूर्व मौजूद शारीरिक अपंगता
3. 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, दुर्घटना में बीमेदार को क्या
- शारीरिक क्षति हुई इत्यादि का विवरण दें)
- द. चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया
- गया।
- य. क्या दुर्घटना से पूर्व बीमेदार द्वारा किसी
- नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था?
4. क्या दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट करवाई गई
- थी, क्या संलग्न कर दी गई है ?
5. क्या शारीरिक क्षति हेतु संबंधित चिकित्सक का
- प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है ?
6. दवाइयों के बिल की प्रति एवं चिकित्सालय का
- डिस्चार्ज टिकिट
7. योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त
- किया गया है अथवा नहीं। यदि हां तो कारण,
- राशि व दिनांक दें।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं(विद्यार्थी का नाम)
 का/की (संबंध) हूँ एवं श्री/कुमारी की क्षति 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

दावेदार के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम

विमुक्ति पत्र

(विद्यार्थी के दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

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

स्थान :

हस्ताक्षर दावेदार

दिनांक :

पूरा नाम

हस्ताक्षर प्रमाणित

(प्रमाणित करने वाले अधिकारी का पद

राजपत्रित अधिकारी से कम न हो)

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के संबंध 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। यह प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विद्यार्थी का प्रीमियम बैंक ड्राफ्ट संख्या दिनांक के द्वारा आपके कार्यालय में दिनांक को जमा कराया गया था एवं आपके कार्यालय द्वारा जारी पॉलिसी का क्रमांक 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 विद्यार्थी का/की(संबंध) है।

हस्ताक्षर

प्राचार्य/प्रधानाध्यापक

मोहर सहित