

विवेकानंद समूह बीमा योजना
बीमा दावा – आवेदन पत्र

प्रति,

क्लेम विभाग
रिलाइन्स जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि०,
एफएफ 16, ब्लॉक सी, मानसरोवर कामर्शियल,
हबीबगंज रेलवे स्टेशन के पास, होशंगाबाद रोड, भोपाल-462016

अ बीमित व्यक्ति का विवरण

बी०पी०एल० परिवार पंजीकरण क्र०

नाम

पता

पिन कोड

उम्र

लिंग

ब दुर्घटना का विवरण

दुर्घटना का दिनांक व समय

दुर्घटना का स्थल

दुर्घटना का विवरण

.....

.....

संबंधित पुलिस थाने का नाम एवं पता

एफ०आई०आर० क्र०

शव परीक्षण अस्पताल का नाम एवं पता

स दावा लेने वाले का विवरण

दावा करने वाले का नाम

दावा करने वाले का पता

पिन कोड

बीमित व्यक्ति से संबंध
उम्र
लिंग

द मृतक/दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति के परिवार
का विवरण

पिता का नाम उम्र

माता का नाम उम्र

पति/पत्नी का नाम उम्र

बच्चों का नाम 1.....
2.....
3.....

ई कवरेज (आर्थिक सुरक्षा) दावा की गई राशि

1 दुर्घटना में मृत्यु होने पर (रु0 50,000/-)	रु0
2 स्थाई अपंगता होने पर (रु0 50,000/-)	रु0
3 दुर्घटना में दोनों आंख या दो अंग या एक आंख तथा एक अंग की क्षति होने पर (रु0 50,000/-)	रु0
4 एक आंख या एक अंग की क्षति होने पर (रु0 25,000/-)	
5 दुर्घटना होने पर प्रभावित व्यक्ति को किसी अस्पताल या नर्सिंग होम में इलाज कराने पर एफ0आई0आर0 एवं चिकित्सा प्रमाण पत्र के आधार पर (रु0 1,000/-)	
समस्त दावा योग	रु0

मैं सत्यापित करता/करती हूँ कि उपर दिये गये सभी विवरण सत्य है ।

स्थान
दिनांक

दावा करने वाले का नाम
एवं हस्ताक्षर

(दावा आवेदन नोडल अधिकारी द्वारा प्रमाणित एवं सत्यापित किया जाये)

संलग्नक -

1. एफ0आई0आर0 की प्रति
2. मृत्यु की दशा में शव परीक्षण रिपोर्ट/अपंगता की दशा में चिकित्सक का प्रमाण पत्र
3. मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति

4. नोडल अधिकारी का प्रमाण पत्र
5. क्रमांक 1 से 4 के दस्तावेजों के अभाव में बीमा कंपनी द्वारा चाही गई अन्य जानकारी एवं अन्य आवश्यक जानकारी