

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना ( पीएमएसबीवाई )

दावा -सह- निर्वहन प्रपत्र

दावा उत्पन्न होने की स्थिति में बीमित सदस्य की दुर्घटना की तिथि से 30 दिन के भीतर

दावा प्रस्तुत करना वांछनीय है

बीमाधारक सदस्य द्वारा उसके दुर्घटनात्मक अशक्तता दावे या बीमाधारक सदस्य की मृत्यु के मामले में उसके नामित सदस्य द्वारा भरा जाए ।

(या नामिती के अवयस्क के मामले में , उसके लिए नियुक्त व्यक्ति<sup>1</sup> और यदि नामिती का नामांकन नहीं है अथवा यदि नामिती जीवित नहीं है तो उसका विधिक उत्तराधिकारी दावेदार<sup>2</sup> होगा)

भाग 1 : पीएमएसबीवाई के अंतर्गत नामांकित सदस्य के विवरण

- (1) नाम :
- (2) पता :
- (3) बैंक /पोस्ट ऑफिस खाता संख्या :
- (4) शहर/नगर/ग्राम का नाम जिले का नाम
- (5) राज्य का नाम पिन कोड
- (6) दुर्घटना का दिन , तिथि और समय :
- (7) घटना का स्थान :
- (8) दुर्घटना की प्रकृति<sup>3</sup>:
- (9) मृत्यु की तिथि :
- (10) मृत्यु का कारण /आशक्तता<sup>4</sup> ( कृपया निर्दिष्ट करें ):
- (11) आशक्तता का विवरण :
- (12) पूर्णतः आशक्तता<sup>5</sup> /मृत्यु के प्रमाण के लिए सलग्न दस्तावेज़:
- (13) आधार नंबर<sup>7</sup> ( वैकल्पिक):
- (14) आयकर स्थायी खाता नंबर (पैन<sup>7</sup> ) (वैकल्पिक ):

## **भाग 2. बीमित सदस्य की मृत्यु की दशा में नामिती का विवरण**

( या नामिती के अवयस्क के मामले में , उसके लिए नियुक्त व्यक्ति<sup>1</sup> और यदि नामिती का नामांकन नहीं है अथवा यदि नामिती पहले से मृत है तो उसका विधिक उत्तराधिकारी दावेदार<sup>2</sup> होगा)

- तो
- 1 नामिती का नाम:
  - 2 नामिति की आयु:
  - 3 यदि नामिती अवस्यक है, नियुक्त व्यक्ति का नाम<sup>1</sup>:
  - 4 यदि बीमित सदस्य द्वारा कोई नामित नहीं है या नामिती जीवित नहीं है दावेदार का नाम<sup>2</sup> :

- 5 नामिती सदस्य यदि पहले से मृत है उसका मृत्यु का प्रमाण<sup>6</sup>
- 6 नामिती / दावाकर्ता का मृतक के साथ संबंध:
- 7 संपर्क मोबाइल नंबर:
- 8 संपर्क ईमेल पता:
- 9 संपर्क पता:
- 10 नामिती /नियुक्त व्यक्ति/दावाकर्ता (जैसा भी मामला हो) के विवरण:

बैंक खाते के विवरण जिसमे दावा राशि भेजी जानी है:

ए) खाता संख्या:

बी) बैंक का नाम:

सी) शाखा आईएफएस कोड:

- 2 आधार नंबर<sup>7</sup> (वैकल्पिक):
- 3 आयकर पैन<sup>7</sup> (वैकल्पिक):
- 4 पहचान के प्रमाण के लिए केवाईसी दस्तावेज़<sup>8</sup>:

मैं एतदद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त दिए गए विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं , इस दावे के समर्थन के लिए संलग्न दस्तावेज़ सत्य हैं और उक्त सदस्य के संबंध में पीएमएसबीवाई के अंतर्गत दी गई कोई राशि या सदस्य के किसी अन्य बैंक या पोस्ट ऑफिस के अन्य खाते से मेरे द्वारा दावा नहीं किया गया है ।

दिनांक:

बीमाधारक  
सदस्य /नामिती/नियुक्त  
व्यक्ति1/ दावाकर्ता2 के  
हस्ताक्षर

**संलग्न दस्तावेज़**

- (1) दुर्घटना के कारण पूर्ण अशक्तता या बीमाधारक सदस्य की मृत्यु, जैसा भी मामला हो;
- (2) बीमित सदस्य और दावाकर्ता7 का आधार और पैन नंबर; ( वैकल्पिक)
- (3) नामिती /नियुक्त व्यक्ति / दावाकर्ता (जैसा भी मामला हो ) के संबंध में केवाईसी दस्तावेज़8;
- (4)नामिती /नियुक्त व्यक्ति /दावाकर्ता (जैसा भी मामला हो ) के पासबुक के प्रथम दो पृष्ठ या बैंक /पोस्ट ऑफिस खाता विवरण को दर्शाते हुये विवरणी या खाते का रद्द किया हुआ चेक;
- (5) बीमित सदस्य द्वारा नामिती का पूर्व मृत्यु का प्रमाण6 ;
- (6)यदि दावाकर्ता बीमित सदस्य /नामिती /नियुक्त व्यक्ति से अलग है तो कानूनी उत्तराधिकारी का प्रमाण;
- (7) दावा निस्तारण के लिए पूर्ण रूप से भरी हुई एवं हस्ताक्षरित अग्रिम रसीद

बैंक /पोस्ट ऑफिस के नामांकन डाटा से अथवा बैंक / पोस्ट ऑफिस द्वारा भरा जाए

**भाग 3 : बीमित सदस्य के संबंध में विवरण:**

1. बैंक / पोस्ट ऑफिस का खाता संख्या ( सीबीएस बैंक/ पोस्ट ऑफिस के रिकार्ड का अनुसार ):
2. बैंक / पोस्ट ऑफिस का नाम:
3. शाखा का नाम:
4. शाखा आईएफएस कोड:
5. सदस्य के पिता/पति का नाम :
6. जन्मतिथि ( केवाईसी दस्तावेज़ के अनुसार ) :
7. बीमाकर्ता का नाम:
8. नामिती का नाम:
9. बैंक / पोस्ट ऑफिस खाते से प्रीमियम कटौती की तिथि :

10. बीमाकर्ता के खाते में भेजे गए प्रीमियम की तिथि:  
प्रमाणित किया जाता है कि पीएमएसबीवाई नामांकन डाटा और बैंक / पोस्ट ऑफिस  
रिकार्ड के अनुसार उक्त सूचना सही है ।

स्था  
न  
:  
ति  
थि

बैंक / पोस्ट ऑफिस के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर एवं  
मोहर

### प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

दावा निर्वहन के लिए अग्रिम रसीद

मेरे दावे के अंतर्गत उपरोक्त पॉलिसी के बीमा में आवरित सदस्य श्री /  
सुश्री \_\_\_\_\_ के संबंध में , उपरोक्त  
संदर्भित दावे के अनुमोदन पर विचार करते हुए , मैं  
\_\_\_\_\_ (बीमाकर्ता का नाम )से पूर्ण और अंतिम निपटान के  
रूप में रु \_\_\_\_\_ केवल ( स्थायी पूर्ण अशक्तता के  
मामले में रुपए एक लाख और पूर्णतः अशक्तता या मृत्यु के मामले में रुपए दो  
लाख) स्वीकार करता हूँ ।

गवाह के हस्ताक्षर  
व्यक्ति/ दावाकर्ता का नाम गवाह का नाम :  
पता:

बीमित व्यक्ति /नामिती/नियुक्त  
दिनांक

बैंक / पोस्ट ऑफिस के प्राधिकृत अधिकारी के  
प्रतिहस्ताक्षर  
दिनांक  
नाम :

बैंक  
/पोस्ट  
ऑफिस  
का नाम  
शाखा :  
कार्यालय की मोहर

### दावाकर्ताओं के लिए महत्वपूर्ण सूचना

- <sup>1</sup> नियुक्त व्यक्ति वह है जिसे सदस्य द्वारा पीएमएसबीवाई नामांकन फार्म में नामित किया गया है , जहां नामिती अवयस्क है
- <sup>2</sup> जहां नामिती का नामांकन नहीं है , या नामिती,बीमित सदस्य से पूर्व मृत हो गया हो वहाँ दावाकर्ता उसके विधिक उत्तराधिकारी में से होगा और उसे उत्तराधिकार प्रमाणपत्र अथवा सक्षम न्यायालय या प्राधिकारी द्वारा जारी वारिस प्रमाणपत्र जमा करना होगा ।
- 3 दुर्घटना का अर्थ है** बाह्य हिंसक और दृश्य साधनों के कारण होने वाली अचानक , अप्रत्याशित और अनैच्छिक घटना
- <sup>4</sup>स्थायी अशक्तता का अर्थ निम्न में से एक है ::

दोनों आँखों की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या दोनों हाथों या दोनों पैरों के उपयोग की हानि अथवा एक आँख की दृष्टि की हानि और एक हाथ या एक पैर के उपयोग की हानि ;	पूर्ण अशक्तता देय दावा रूपए दो लाख ;
एक आँख की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या एक हाथ या एक पैर के उपयोग की हानि;	आंशिक अशक्तता देय दावा राशि एक लाख ;

- <sup>5</sup>स्थायी अशक्तता के प्रमाण एवं समर्थन के दस्तावेज़  
एफआईआर या पंचनामा के साथ (ए) सिविल सर्जन द्वारा जारी अशक्तता प्रमाणपत्र; (बी) इसके समर्थन में अस्पताल के रिकॉर्ड ;
- <sup>6</sup> दुर्घटना के कारण मृत्यु के समर्थन में निम्न में से कोई दस्तावेज़ :  
(1) (ए), (बी ) और (सी ) निम्नवत  
(ए) मृत्यु के प्रमाण के लिए निम्नलिखित में से कोई दस्तावेज़

- (i) मृत्यु प्रमाणपत्र ( राज्य सरकार द्वारा स्थानीय क्षेत्र के लिए नियुक्त जन्म और मृत्यु के रजिस्ट्रार द्वारा जारी )
- (ii) मृतक व्यक्ति का नाम ,पिता/ पति का नाम , पता एवं मृत्यु की तिथि एवं कारणको दर्शाते हुये अस्पताल डिस्चार्ज विवरण / प्रमाणपत्र
- (iii) मृतक व्यक्ति का नाम , पिता/ पति का नाम , पता एवं मृत्यु की तिथि एवं कारण को दर्शाते हुये अंतिम बार देखभाल कर रहे पंजीकृत चिकित्सक ( भारतीय मेडिकल काउंसिल में पंजीकृत चिकित्सक) द्वारा जारी प्रमाणपत्र , जिसे केंद्रीय या राज्य सरकार में राजपत्रित अधिकारी या मृतक के खाताधारक बैंक के अधिकारी या अन्य सार्वजनिक क्षेत्र के किसी बैंक या बीमा अधिकारी द्वारा अपनी मोहर सहित प्रति हस्ताक्षरित किया गया हो ।

(बी) एफआईआर / पंचनामा

(सी) पोस्टमोर्टम रिपोर्ट

(2) बीमित सदस्य के संबंध में संबन्धित जिले के मजिस्ट्रेट / कलेक्टर / उपायुक्त कमिश्नर या किसी कार्यकारी मजिस्ट्रेट ( अतिरिक्त जिला मजिस्ट्रेट , उप-मंडलीय मजिस्ट्रेट , तहसीलदार आदि ) जिसे योजना के अंतर्गत दावा निपटान प्रक्रिया के लिए प्राधिकृत किया गया हो, द्वारा जारी प्रमाणपत्र ।

(3) दुर्घटना के कारण हुई मृत्यु के मामले में जैसे कि साँप के काटने/ पेड़ से गिरने आदि में , उपरोक्त (ए),(बी) और (सी ) के स्थान पर अस्पताल रिकॉर्ड जिसमे मृत सदस्य का नाम , पिता / पति का नाम, पता और मृत्यु का कारण, समय और तिथि को विनिर्दिष्ट किया गया हो ।

7 यह सूचना वांछनीय है , अनिवार्य नहीं ।

<sup>8</sup>आवेदक की पहचान से समर्थित दस्तावेज़ आधार कार्ड या मतदाता फोटो पहचान पत्र (ईपीआई सी ) या मन्रेगा कार्ड या ड्राइविंग लाइसेन्स या पेन कार्ड या पासपोर्ट हो सकते हैं ।