

**प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना
दावा फॉर्म**

दायित्वाचा स्वीकार न करता हा फॉर्म देण्यात आला आहे आणि तो मिळाल्यापासून 7 दिवसांच्या आत भरून पाठविला गेला पाहिजे.

दावा क्र. _____ पॉलिसी क्र. _____

1) संपूर्ण नाव : _____ 2) बँकेचे नाव आणि _____

पत्ता : _____ पत्ता _____

संपर्क क्र. _____ बचत खाते क्र. _____

3) ए) अपघात/मृत्यू केव्हा झाला? दिवस, दिनांक _____
आणि वेळ सांगा.

ब) कोठे घडला? (स्थान) _____

सी) मृत्युचे कारण/झालेल्या दुखापतीची
संपूर्ण माहिती द्या. _____

4) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव आणि पत्ता द्या. _____

5) आवश्यक असल्यास कंपनीचे वैद्यकीय किंवा इतर अधिकारी _____
तुम्हाला कोठे आणि केव्हा भेटू शकतात ते सांगा

6) ए) मृत्युच्या प्रकरणात, मूळ एफआयआर/शवविच्छेदन अहवाल/
मृत्युचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे. _____

ब) अपंगत्वाच्या प्रकरणामध्ये सिव्हिल सर्जनचे अपंगत्वाबाबतचे
प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे. _____

मी याद्वारे घोषित करतो आणि वरील माहितीच्या सर्व बाबतीतील सत्यतेची हमी देतो आणि मी सहमत आहे की मी आता केलेली किंवा करित असलेली विधाने चुकीची किंवा खोटी असल्यास, माहिती दाबून किंवा लपवून ठेवल्यास नुकसानभरपाई मिळवण्याचा माझा अधिकार संपूर्णपणे जप्त होईल.

दिनांकित :

स्वाक्षरी :

(दावाकर्ता)