

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

दावा फार्म

यह फार्म दायित्व स्वीकार किए बिना जारी किया जाता है और इसके प्राप्त होने के दिन के अंदर इसे 7 पूर्ण रूप से भरकर वापस किया जाना चाहिए।

दावा सं. _____	पालिसी सं. _____
1. पूरा नाम _____ पता _____ _____	2. बैंक का नाम व पता _____ _____
दूरभाष सं. _____	बचत खाता सं. _____
3. क) दुर्घटना कब हुई मृत्यु/? दिन, दिनांक एवं समय सूचित करें  ख) घटित होने का स्थान बताएं? ग) मृत्यु का कारण चोट संबंधी पूरी सूचना दें।	
4. इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम और पता सूचित करें	
5. कृपया सूचित करें कि यदि आवश्यक हो तो कंपनी के चिकित्सा अधिकारी या अन्य अधिकारी आपसे कहां और कब मिल सकते हैं।	
6. क) मृत्यु के मामले में मूल एफआईआर, पोस्ट मार्टम रिपोर्ट एवं मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करना है।  ख) विकलांगता के मामले में सिविल सर्जन से प्राप्त विकलांगता प्रमाणपत्र संलग्न करना है।	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण पूर्ण रूप से सत्य हैं और मैं सहमत हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई या दी जाने वाली कोई जानकारी गलत या असत्य है, जानकारी को दबाया या छिपाया गया है तो मेरी प्रतिपूर्ति का अधिकार पूर्णतः हो जाएगा। समाप्त :

दिनांक \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

(दावाकर्ता)