

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)  
राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना का दावा प्रपत्र  
(विद्यार्थी के माता/पिता/संरक्षक/दावेदार द्वारा भरा जावे)

1. अ. विद्यार्थी का नाम, कक्षा एवं जन्म दिनांक .....
- ब. पिता/माता/संरक्षक/दावेदार का नाम .....
- स. नामांकन संख्या/दिनांक .....
2. अ. दावेदार (पिता/माता/संरक्षक का नाम) .....
- ब. बीमित विद्यार्थी से संबंध .....
- स. बीमित विद्यार्थी के घर का पता .....
3. अ. बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम व पता .....
- ब. दुर्घटना से पूर्व शारीरिक अपंगता का विवरण .....
4. 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 व कैसे  
घटित हुई निर्दिष्ट करें) .....
- द. क्या दुर्घटना से पूर्व बीमित द्वारा किसी  
नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ? .....
- य. चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया  
गया। .....
5. क्या दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट करवाई गई  
थी, क्या संलग्न कर दी गई है ? .....
6. योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त किया  
गया है अथवा नहीं। (यदि हां तो कारण, राशि व  
दिनांक देवे।) .....
7. (केवल मृत्यु की स्थिति में पूर्ति हेतु)  
अ. मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान .....
- ब. मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें .....
- स. क्या मृत्यु का पोस्टमार्टम किया गया था यदि हां  
तो क्या पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रति संलग्न कर दी  
गई है। .....
8. (क्षति की स्थिति में पूर्ति हेतु)  
अ. ईलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण पत्र .....
- ब. दवाईयों/जांच के मूल बिल .....
- स. चिकित्सालय का डिस्चार्ज टिकिट .....

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

## विमुक्ति पत्र

(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 प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/करती हूँ।

स्थान :

हस्ताक्षर दावेदार

दिनांक :

पूरा नाम .....

हस्ताक्षर प्रमाणित

(राजपत्रित अधिकारी द्वारा)

### संस्था प्रधान द्वारा प्रमाणीकरण

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है। श्री/कुमारी..... (विद्यार्थी का नाम) इस संस्था में कक्षा ..... का विद्यार्थी है/था एवं विद्यार्थी का नामांकन संख्या ..... दिनांक ..... है। दुर्घटना से पूर्व विद्यार्थी किसी हाथ, पांव, कान, आँख की अपंगता से ग्रस्त था/नहीं था (यदि था तो विवरण अंकित करें)। विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत बीमित था एवं दावेदार बीमित विद्यार्थी का/की .....(संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक ..... को .....(कारण) से हो गई है। विद्यार्थी की जन्म तिथि विद्यालय रिकार्ड के अनुसार ..... है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विद्यार्थी का प्रीमियम बैंक डीडी संख्या .....दिनांक ..... के द्वारा राज्य बीमा एवं प्रा.नि. विभाग के ..... कार्यालय में दिनांक ..... को जमा कराया गया था एवं विभाग द्वारा जारी पालिसी संख्या ..... दिनांक ..... के साथ संलग्न सूची में क्रम संख्या ..... पर उक्त विद्यार्थी का नाम अंकित है (अनुदानित/गैर अनुदानित शिक्षण संस्था से संबंधित होने पर पूर्ति करें)

हस्ताक्षर

प्राचार्य/प्रधानाध्यापक

मोहर सहित

प्रति हस्ताक्षर

ब्लॉक शिक्षा अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी

मय मुहर

(केवल राजकीय विद्यालय की स्थिति में)

(दावा प्रपत्र 6 महिने में भरकर जमा करवाना होगा)