

मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजना

परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक की दुर्घटनावश मृत्यु/विकलांगता की दशा में भरे जाने वाला प्रपत्र

पृष्ठ-1

1. (क) बीमित व्यक्ति "परिवार का मुखिया या रोटी अर्जक" (मृतक) का नाम:
 (ख) बीमित व्यक्ति के पिता या पति का नाम :
 (ग) बीमित व्यक्ति "परिवार का मुखिया या रोटी अर्जक" (मृतक) का पता:
 (घ) पात्रता प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का)
 खतौनी की कापी या तहसीलदार द्वारा जारी ₹0 75,000/- से कम वार्षिक आय का प्रमाण पत्र में से कोई एक जो लागू हो संलग्न करें। बी0पी0एल0 परिवार को आय प्रमाण पत्र देने की आवश्यकता नहीं है, उनके द्वारा कार्ड की प्रति संलग्न की जाय।
 (ङ) आयु प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का)
 (हाईस्कूल प्रमाण-पत्र/बैंक खाते की पासबुक/वोटर आई0डी0 कार्ड/वोटर लिस्ट की प्रति/नगर निगम/नगर पंचायत, नगर पालिका, नगर परिषद, ग्राम पंचायत के सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र/पासपोर्ट/ड्राईविंग लाइसेन्स/आधार कार्ड/राशन कार्ड की प्रति)(कोई एक संलग्न करें)
 (च) पते हेतु प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का)
 खतौनीधारक/ बी.पी.एल. कार्ड धारक तथा आय प्रमाण पत्र धारक को पते का साक्ष्य लगाने की आवश्यकता नहीं है। शेष आवेदक (पासपोर्ट /ड्राईविंग लाइसेन्स /राशन कार्ड/ बैंक खाते की पासबुक/ वोटर आई0डी0 कार्ड /आधार कार्ड /उप जिलाधिकारी द्वारा जारी निवास प्रमाण-पत्र की प्रति) कोई एक संलग्न करें।
2. नामिनी/कानूनी वारिस (जिन्हें हितलाभ की राशि दी जानी है) का विवरण:
 (क) नामिनी/कानूनी वारिस/सौ का नाम:
 इसका तात्पर्य प्राकृतिक उत्तराधिकारी (यथा पति या पत्नी) के मामले में शपथ-पत्र द्वारा तथा पति या पत्नी न होने की दशा में परिवार के बच्चों के शपथ-पत्र, जिसमें उन्हें कितना हिस्सा मिलना है, से है।
 (ख) पता:
 (ग) मोबाईल नं0:
 (घ) बैंक खाता सं0:
 (ङ) आई.एफ.एस.सी. कोड:
 (च) बैंक शाखा का नाम एवं पता:
 (बैंक का नाम, खाता नम्बर, आई.एफ.एस.सी.कोड दर्शाते हुए उनकी पास बुक की छायाप्रति संलग्न करें।)
3. दुर्घटनावश मृत्यु/विकलांगता होने पर निम्न दस्तावेज संलग्न किये जाय :-
 (अ) एफ.आई.आर. या जी0डी0 की प्रति तथा

मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजना

परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक की दुर्घटनावश मृत्यु/विकलांगता की दशा में भरे जाने वाला प्रपत्र
पृष्ठ-2

(ब) मृत्यु प्रमाण पत्र या पोस्टमार्टम रिपोर्ट या इन्क्वेस्ट पंचनामा या मेडिकल इन्स्पेक्शन रिपोर्ट

(मेडिकल इन्स्पेक्शन रिपोर्ट का आशय स्थानीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/सरकारी चिकित्सालय के चिकित्सक का प्रमाण-पत्र तथा निजी चिकित्सक द्वारा प्रमाण-पत्र दिये जाने की स्थिति में स्थानीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/सरकारी चिकित्सालय के चिकित्साधिकारी /मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा प्रति हस्ताक्षरित से है)।

(स) दुर्घटना के कारण विकलांग होने की दशा में मुख्य चिकित्साधिकारी/इस हेतु गठित समिति का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

4. यदि जंगली जानवर के काटने से परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक की मृत्यु हो जाती है तो एफ0आई0आर0 एवं कोई एक दस्तावेज (पोस्टमार्टम रिपोर्ट या इन्क्वेस्ट पंचनामा या मेडिकल इन्स्पेक्शन रिपोर्ट) मान्य होगा, संलग्न करें।
5. यदि डूबने या बाढ़ में बह जाने पर परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक का शरीर बरामद न हो तो एफ0आई0आर0 एवं उप जिलाधिकारी का प्रमाण पत्र मान्य होगा, संलग्न करें।
6. उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र (केवल विवादित उत्तराधिकार की दशा में) संलग्न करें।

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी उपरोक्त जानकारी पूर्णतः सत्य व प्रमाणित है। यदि इस सम्बन्ध में कोई भी सूचना गलत पायी गयी तो योजना के अन्तर्गत समस्त लाभों से हमें वंचित कर दिया जाएगा तथा आवश्यक विधि सम्मत कार्रवाई का मैं पात्र रहूँगा/रहूँगी।

साक्षियों का नाम व पता तथा हस्ताक्षर

दावाकर्ताओं (नामिनी/कानूनी वारिस) का नाम/ पता/हस्ताक्षर या निशानी अंगूठा

1.....

.....

2.....

.....

पावती

श्री /श्रीमती..... का मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजनान्तर्गत दावा प्रपत्र बीमा कम्पनी की जनपद.....स्थित शाखा में प्राप्त किया गया है जिसे दो कार्य दिवस के भीतर संबंधित वेबसाइट पर अपलोड कर दिया जायेगा।

दिनांक:

शाखा प्रबन्धक, नाम एवं बीमा कम्पनी का नाम

स्थान:

मोहर सहित

समय:

पावती संख्या:

कृपया कोई समस्या या कठिनाई होने पर मुख्यमंत्री बीमा एवं बैंकिंग हेल्पलाइन-1520 (टोल फ्री) पर सम्पर्क करें।

मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजना

परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक एवं उनके परिवार के सदस्यों की दुर्घटना उपरांत चिकित्सीय लाभ (चिकित्सालय में भर्ती अनिवार्य है) प्राप्त करने हेतु दावा प्रपत्र पृष्ठ संख्या-1

1. (क) दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति का नाम:
 (ख) दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति का पता:
 (ग) परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक का नाम:
 (घ) परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक से संबंध:
 (ङ) पात्रता प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का):
 खतौनी की कापी या तहसीलदार द्वारा जारी रू0 75,000/- से कम वार्षिक आय का प्रमाण पत्र में से कोई एक जो लागू हो संलग्न करें। बी0पी0एल0 परिवार को आय प्रमाण पत्र देने की आवश्यकता नहीं है, उनके द्वारा कार्ड की प्रति संलग्न की जाय।
 (च) परिवार का विवरण
 (परिवार रजिस्टर की प्रति/राशन कार्ड/उपजिलाधिकारी/प्रथम श्रेणी मजिस्ट्रेट द्वारा जारी प्रमाण-पत्र)
 (छ) आयु प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का)
 (हाईस्कूल प्रमाण-पत्र/बैंक खाते की पासबुक/वोटर आई0डी0 कार्ड/वोटर लिस्ट की प्रति/नगर निगम/नगर पंचायत, नगर पालिका, नगर परिषद, ग्राम पंचायत के सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र/पासपोर्ट/ड्राइविंग लाइसेन्स/आधार कार्ड/राशन कार्ड की प्रति)(कोई एक संलग्न करें)
 (ज) पते हेतु प्रमाण-पत्र (परिवार के मुखिया या रोटी अर्जक का)
 खतौनीधारक/ बी.पी.एल. कार्ड धारक तथा आय प्रमाण पत्र धारक को पते का साक्ष्य लगाने की आवश्यकता नहीं है। शेष आवेदक (पासपोर्ट /ड्राइविंग लाइसेन्स /राशन कार्ड/ बैंक खाते की पासबुक/ वोटर आई0डी0 कार्ड /आधार कार्ड /उप जिलाधिकारी द्वारा जारी निवास प्रमाण-पत्र की प्रति) कोई एक संलग्न करें।
2. परिवार का मुखिया/रोटी अर्जक के बैंक खाते का विवरण:
 (क) खाताधारक का नाम :
 (ख) मोबाईल नं0:
 (ग) बैंक खाता सं0:
 (घ) आई.एफ.एस.सी. कोड:
 (ङ) बैंक शाखा का नाम एवं पता:
 (बैंक का नाम, खाता नम्बर, आई.एफ.एस.सी.कोड दर्शाते हुए पास बुक की छायाप्रति संलग्न करें।)
3. दुर्घटना का विवरण:
 (क) दुर्घटना स्थल:
 (ख) एफ.आई.आर. या जी.डी.की प्रति:
 (ग) पुलिस स्टेशन का नाम:
 (घ) दुर्घटनाग्रस्त व्यक्ति/यों का नाम:
4. चिकित्सालय का विवरण :
 (क) चिकित्सालय का नाम व पता:
 (ख) रजिस्ट्रेशन नम्बर:

मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजना

परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक एवं उनके परिवार के सदस्यों की दुर्घटना उपरांत चिकित्सीय लाभ (चिकित्सालय में भर्ती अनिवार्य है) प्राप्त करने हेतु दावा प्रपत्र पृष्ठ संख्या-2

(ग) टेलीफोन नम्बर:

(घ) चिकित्सालय में भर्ती होने की तिथि एवं समय:

(ङ) चिकित्सालय से डिस्चार्ज होने की तिथि एवं समय:

(च) चिकित्सा में व्यय की राशि(डाक्टर का पर्चा, बिल व कैशमेमो तथा (क) से (च) तक की सूचना चिकित्सक से प्रमाणित कराकर संलग्न करें)

5. कृत्रिम अंग पर व्यय की गयी धनराशि (यदि लागू हो)

(अंग प्रत्यारोपण के विवरण सहित उपर्युक्त प्रस्तर 4 के (च) के अनुसार प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी उपरोक्त जानकारी पूर्णतः सत्य व प्रमाणित है। यदि इस सम्बन्ध में कोई भी सूचना गलत पायी गयी तो योजना के अन्तर्गत समस्त लाभों से हमें वंचित कर दिया जाएगा तथा आवश्यक विधि सम्मत कार्रवाई का मैं पात्र रहूँगा/रहूँगी।

साक्षियों का नाम व पता तथा हस्ताक्षर

परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक/

का नाम, पता एवं हस्ताक्षर या

निशानी अंगूठा

1.....

.....

2.....

.....

पावती

श्री/श्रीमती का मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा
योजनान्तर्गत दावा प्रपत्र बीमा कम्पनी की जनपद.....स्थित शाखा में प्राप्त किया गया है
जिसे दो कार्य दिवस के भीतर संबंधित वेबसाइट पर अपलोड कर दिया जायेगा।

दिनांक:

शाखा प्रबन्धक, नाम एवं बीमा कम्पनी का नाम

स्थान:

मोहर सहित

समय:

पावती संख्या:

कृपया कोई समस्या या कठिनाई होने पर मुख्यमंत्री बीमा एवं बैंकिंग हेल्पलाइन-1520 (टोल फ्री) पर सम्पर्क करें।