



ప్రధానమంత్రి సురక్ష బీమా యోజన క్లెయిం ఫారం

ఈ పత్రం నష్టపరిహారానికి ఎటువంటి హామీ ఇవ్వకుండా జారీచేయబడింది. దీనిని అందుకున్న 7 రోజుల లోపు పూర్తి చేసి తిరిగి ఇవ్వాలి.

| క్లెయిం నెం : | పాలసీ నెం. : |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. పూర్తిపేరు చిరునామా సంప్రదించడానికి ఫోన్ నెంబరు | 2. బ్యాంకు పేరు, చిరునామా పొదుపుఖాతా సం. |
| 3. ఎ) ప్రమాదం / మరణం ఎప్పుడు సంభవించింది? సంఘటన జరిగిన రోజు, తేదీ, సమయం వివరాలు తెలపండి. బి) సంఘటన ఎక్కడ జరిగింది? సి) మరణానికి పూర్తి కారణాలు / గాయాల వివరాలు తెలపండి. | |
| 4. చికిత్స చేసిన వైద్యుల పేర్లు, చిరునామా వ్రాయండి. | |
| 5. ఒకవేళ అవసరమైతే వైద్య అధికారి లేదా కంపెనీకి చెందిన ఇతర అధికారి మిమ్మల్ని ఎక్కడ, ఎప్పుడు కలవవచ్చో వివరాలు వ్రాయండి. | |
| 6. ఎ) మరణం సంభవించినట్లయితే ఎఫ్ఐఆర్ అసలు ప్రతి / శవపరీక్ష నివేదిక / మరణ ధృవీకరణ పత్రం జతచేయాలి. బి) అంగవైకల్యం సంభవిస్తే సివిల్ సర్జన్ నుంచి వైకల్య ధృవీకరణపత్రం జతచేయాలి. | ఎ) బి) |

పైన తెల్పిన వివరాలు అన్ని విధాలా సత్యమైనవని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. నేను అసత్యమైన వివరాలు ఇచ్చినట్లుగాని, అబద్ధపు ప్రకటన చేసినట్లుగాని, నిజాలు దాచినట్లుగాని రుజువైతే నేను నష్టపరిహారం పొందే హక్కును పూర్తిగా కోల్పోతానని అంగీకరిస్తున్నాను.

తేదీ :

హక్కుదారు సంతకము