

**प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना
दावा फॉर्म**

दाखिलवावा स्वीकार न करता हा फॉर्म देण्यात आला आहे आणि तो मिळाल्यापासून 7 दिवसांच्या आत भरून पाठविता येतो. पाहिजे.

दावा क्र. _____ पॉलिसी क्र. _____

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

पत्ता : _____ पत्ता _____

संपर्क क्र. _____ बघत खाली क्र. _____

3) ए) अपघात/मृत्यू केव्हा झाला? दिवस, दिनांक _____ आणि वेळ सांगा.
ब) काठ घडला? (स्थान) _____
स) मृत्यूचे कारण/झालेल्या दुखापतीची _____ संपूर्ण माहिती द्या.

4) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव आणि पत्ता द्या. _____

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

6) ए) मृत्यूच्या प्रकरणात, मूळ एकआयउआर/शेवटिलेडन अहवाल/ _____ मृत्यूचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे.
ब) अपघातच्या प्रकरणात स्थितिलेडन अहवाल/अपघातवाढावतचे _____ प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे.

मी याद्वारे घोषित करतो आणि वरील माहितीच्या सर्व बाबतीतल्या सर्व बाबतीतल्या सत्यतेची हमी देतो आणि मी सहमत आहे की मी आला केलेली किंवा करील असलेली विधाने चुकीची किंवा खोटी असल्यास, माहिती दाखून किंवा लपवून ठेवल्यास नुकसानभरपाई मिळवण्याचा माझा अधिकार संपूर्णपणे जाप्त होईल.

दिनांकित :

स्वाक्षरी :

(दावाकर्ता)