

ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಬಿಮಾ ಯೋಜನೆ (PMSBY)

ಕ್ಲೈಮ್-ಕಮ್-ಡಿಸ್ಕಾರ್ಜ್ ಫಾರ್ಮ್

(ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ವಿಮಾದಾರರ ಅಪಘಾತ ಸಂಭವಿಸಿದ 30 ದಿನಗಳೊಳಗೆ ಮೇಲಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು)

ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವರ ನಾಮಿನಿಯಿಂದ ತುಂಬಲು (ಅಥವಾ ನಾಮಿನಿಯು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕನಾಗಿದ್ದರೆ, ಅವನ/ಅವಳ ನೇಮಕಗೊಂಡವರು¹, ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನಾಮಿನಿಯು ಪೂರ್ವ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವಿಮಾದಾರರಾಗಿದ್ದರೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಹಕ್ಕುದಾರರು² ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳು)

ಭಾಗ 1.PMSBY ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳು

(1) ಹೆಸರು:

(2)ವಿಳಾಸ:

(3)ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ:

(4) ಗ್ರಾಮ/ಪಟ್ಟಣ/ನಗರದ ಹೆಸರು----- ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಸರು-----

(5) ರಾಜ್ಯದ ಹೆಸರು----- ಪಿನ್ ಕೋಡ್-----

(6)ದಿನ, ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಅಪಘಾತದ ಸಮಯ:

(7)ಸಂಭವಿಸಿದ ಸ್ಥಳ:

(8)ಅಪಘಾತದ ಸ್ವರೂಪ³ :

(9)ಸಾವಿನ ದಿನಾಂಕ:

(10)ಸಾವಿನ ಕಾರಣ/ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ 4(ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ):

(11)ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ಪ್ರಕಾರ (ಒಟ್ಟು ಶಾಶ್ವತ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಶಾಶ್ವತ):

(12)ಶಾಶ್ವತ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ಪುರಾವೆಯಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆ⁵/ಸಾವಿನ⁶:

(13)ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ7 (ಐಚ್ಛಿಕ):

(14)ಆದಾಯ-ತೆರಿಗೆ ಶಾಶ್ವತ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ (PAN)7 (ಐಚ್ಛಿಕ):

ಭಾಗ 2. ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಾಮಿನಿಯ ವಿವರಗಳು:(

ಅಥವಾ, ನಾಮಿನಿಯು ಅಪ್ರಾಪ್ತರಾಗಿದ್ದರೆ, ಅವನ/ಅವಳ ನೇಮಕಗೊಂಡವರು1, ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನಾಮಿನಿಯು ಪೂರ್ವ-ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವಿಮಾದಾರರು, ಹಕ್ಕುದಾರರ2 ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳು ವಿಮಾದಾರರ)

1. ನಾಮಿನಿಯ ಹೆಸರು:

2. ನಾಮಿನಿಯ ವಯಸ್ಸು:

3. ನಾಮಿನಿ ಅಪ್ರಾಪ್ತರಾಗಿದ್ದರೆ, ನೇಮಕಗೊಂಡವರ ಹೆಸರು1:

4. ಯಾವುದೇ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ ಅಥವಾ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಮೊದಲೇ ಸಾಯಿಸಿದರೆ, ಹಕ್ಕುದಾರರ ಹೆಸರು2]

5 .ನಾಮಿನಿ ವಿಮಾದಾರರ ಪೂರ್ವ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಾಮಿನಿಯ ಮರಣದ ಪುರಾವೆ:

6. ಮೃತರ ಜೊತೆ ನಾಮಿನಿ/ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಂಬಂಧ:

7.ಸಂಪರ್ಕ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

8.ಸಂಪರ್ಕ ಇಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ:

9.ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ:

10.ವಿವರಗಳು ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕ/ಹಕ್ಕುದಾರರು (ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೀಗಿರಬಹುದು):

(1) ಕ್ಲೈಮ್ ಮೊತ್ತವನ್ನು ರವಾನೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು:

(ಎ)ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ:(ಬಿ)ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಹೆಸರು:(ಸಿ)ಬ್ರಾಂಚ್ ಐಎಫ್‌ಎಸ್ ಕೋಡ್ :(

2)ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ7(ಐಚ್ಛಿಕ):

(3)ಆದಾಯ-ತೆರಿಗೆ PAN7(ಐಚ್ಛಿಕ):

(4)KYC ದಾಖಲೆ8 ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆಯಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ:

ಮೇಲೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಮಟ್ಟಿಗೆ ನಿಜವೆಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ, ಈ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗೆ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು ನಿಜವಾದವು ಮತ್ತು ಈ ಹಿಂದೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ PMSBY ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಾನು ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಿಲ್ಲ ಯಾವುದೇ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಥವಾ ಅಂಚೆ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸದಸ್ಯರ ಇತರ ಖಾತೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ವಿಮಾದಾರರ ಸಹಿ/

ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕ1/ಹಕ್ಕುದಾರ2)

ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು:

(1)ಅಪಘಾತದ ಕಾರಣದಿಂದ ಶಾಶ್ವತ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯ ಪುರಾವೆ5 ಅಥವಾ ಅಪಘಾತದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ವಿಮಾದಾರರ ಸಾವು6, ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ

(2)ವಿಮಾದಾರರ ಆಧಾರ್ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುದಾರರ 7(ಐಚ್ಛಿಕ)

(3)ಕೆವೈಸಿ ದಾಖಲೆ8 ರಲ್ಲಿ ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕ/ಹಕ್ಕುದಾರರ ಗೌರವ (ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದು)

(4) ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಮೊದಲ ಎರಡು ಪುಟಗಳು, ಅಥವಾ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಖಾತೆ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್, ಅಥವಾ ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕ/ಹಕ್ಕುದಾರರ ಖಾತೆಯ ರದ್ದಾದ ಚೆಕ್ (ಹಾಗೆ ಪ್ರಕರಣವು ಹೀಗಿರಬಹುದು)

(5)ನಾಮಿನಿಯ ಮರಣದ ಪುರಾವೆ 6 ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯನನ್ನು ಪೂರ್ವ-ಮರಣಗೊಳಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ

(6)ಕಾನೂನು ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆ, ಒಂದು ವೇಳೆ ಹಕ್ಕುದಾರನು ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯ/ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕನನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ

(7)ಮುಂಗಡ ಕ್ಲೈಮ್ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಬ್ಯೂಗಿ ರಶೀದಿಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ

ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್‌ನಿಂದ ದಾಖಲಾತಿ ಡೇಟಾ ಅಥವಾ ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್‌ನ ಡೇಟಾದಿಂದ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು

ಭಾಗ 3: ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿವರಗಳು

1.ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ (ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ CBS / ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ):

2. ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಹೆಸರು:

3. ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು:

4. ಶಾಖೆ IFS ಕೋಡ್:

5. ಸದಸ್ಯನ ತಂದೆ / ಗಂಡನ ಹೆಸರು:

6 .ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (ಕೆವೈಸಿ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಪ್ರಕಾರ):

7.ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು:

8.ನಾಮಿನಿಯ ಹೆಸರು:

9.ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಖಾತೆಯಿಂದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಡೆಬಿಟ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ:

10.ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ರವಾನೆ ಮಾಡುವ ದಿನಾಂಕ ಖಾತೆ

PMSBY ದಾಖಲಾತಿ ಡೇಟಾ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ / ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯು

ನಿಜವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

(ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್‌ನ ಅಧಿಕೃತ

ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮುದ್ರೆ)

ಪ್ರಧಾನ ಮಂತ್ರಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಬಿಮಾ ಯೋಜನೆ

ಕ್ಲೈಮ್ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್‌ಗಾಗಿ ಮುಂಗಡ ರಸೀದಿಯನ್ನು ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ ನನ್ನ ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ಅನುಮೋದನೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ, ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ _____ (ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು) ನಿಂದ ರೂ. _____

(ಶಾಶ್ವತ ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೂ. ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಮತ್ತು ಶಾಶ್ವತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಅಥವಾ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೂ. ಎರಡು ಲಕ್ಷಗಳು) ಸದಸ್ಯರಾದ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಇತ್ಯರ್ಥದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ _____.

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು:

ವಿಳಾಸ:

ವಿಮಾದಾರರ

ಸಹಿ/ನಾಮಿನಿ/ನೇಮಕ/ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ:

ಬ್ಯಾಂಕ್/ಅಂಚೆ ಕಛೇರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಪ್ರತಿಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ:

ಹೆಸರು:ಬ್ಯಾಂಕ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಆಫೀಸ್ ಹೆಸರು:

ಶಾಖೆ:

ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ