

राजस्थान सरकार  
राज्य बीमा एवम् प्रावधायी निधि विभाग ( साधारण बीमा निधि)

**समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव-प्रपत्र**

(प्रस्तावक द्वारा भरा जाये)

1. प्रस्तावक का नाम मय पद

\_\_\_\_\_

2. पिता/पति का नाम

\_\_\_\_\_

3. वर्तमान विभाग का नाम

\_\_\_\_\_

4. स्थायी पता

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. वर्तमान पता

\_\_\_\_\_

6. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर

\_\_\_\_\_

अथवा आंख की किसी अपंगता

\_\_\_\_\_

से ग्रस्त है ?

\_\_\_\_\_

यदि हाँ तो विवरण दें ।

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

**मनोनयन हेतु घोषणा-पत्र**

मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी, लड़का/लड़की) के पक्ष में ही किया जाए । परिवार न होने की दशा में माता—पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनयन किया जाए उपरोक्त दोनों अवस्थाएं न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है ।

मैं श्रीमती/कुमारी/श्री.....एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि समूह व्यक्ति दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि का भुगतान श्रीमती/कुमारी/श्री.....सम्बन्ध को किया जाये ।

मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिए पर्याप्त विमुक्ति होगी ।

मैं घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी तथा विश्वास से सत्य है तथा यह कि मैं जोखिम के आंकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है । मैं सहमति देता हूँ/देती हूँ कि प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगे । मैं यह भी घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मैं बिन्दु संख्या 6 पर वर्णित किसी अन्य क्षति/अशक्तता अपंगता के अतिरिक्त किसी अन्य क्षति/अशक्तता/कमी से पीड़ित नहीं हूँ ।

स्थान : .....

दिनांक : .....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है ।

आहरण एवम् वितरण अधिकारी  
विकास अधिकारी/प्रभारी अधिकारी  
डी.डी.ओ. कोड नम्बर.....