

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना (पीएमएसबीवाई)

दावा -सह- निर्वहन प्रपत्र

दावा उत्पन्न होने की स्थिति में बीमित सदस्य की दुर्घटना की तिथि से **30** दिन के भीतर

दावा प्रस्तुत करना वांछनीय है

बीमाधारक सदस्य द्वारा उसके दुर्घटनात्मक आशक्तता दावे या बीमाधारक सदस्य की मृत्यु के मामले में उसके नामित सदस्य द्वारा भरा जाए।

(या नामिती के अवयस्क के मामले में, उसके लिए नियुक्त व्यक्ति और यदि नामिती का नामांकन नहीं है और यदि नामिती जीवित नहीं है तो उसका विधिक उत्तराधिकारी दावेदार होगा)

भाग 1 : पीएमएसबीवाई के अंतर्गत नामांकित सदस्य के विवरण

- (1) नाम :
- (2) पता :
- (3) बैंक /पोस्ट ऑफिस खाता संख्या :
- (4) दुर्घटना का दिन , तिथि और समय :
- (5) घटना का स्थान :
- (6) दुर्घटना की प्रकृति³:
- (7) मृत्यु की तिथि :
- (8) मृत्यु का कारण /आशक्तता⁴ (कृपया निर्दिष्ट करें):
- (9) आशक्तता का विवरण :
- (10) पूर्णतः आशक्तता⁵ /मृत्यु के प्रमाण के लिए सलग्न दस्तावेज:
- (11) आधार नंबर⁷ (वैकल्पिक):
- (12) आयकर स्थायी खाता नंबर (पैन⁷) (वैकल्पिक):

भाग 2 बीमित सदस्य की मृत्यु की दशा में नामिती का विवरण

(या नामिती के अवयस्क के मामले में, उसके लिए नियुक्त व्यक्ति¹ और यदि नामिती का नामांकन नहीं है और यदि नामिती पहले से मृत है तो उसका विधिक उत्तराधिकारी दावेदार होगा)

- 1 नामिती का नाम:
- 2 नामितिकी आयु:
- 3 यदि नामिती अवस्यक है, नियुक्त व्यक्तिकानाम¹:
- 4 यदि बीमित सदस्य द्वारा कोई नामित नहीं है या नामिती जीवित नहीं है दावेदार का

नाम² :

- 5 नामितीसदस्ययदि पहले से मृत है उसका मृत्यु का प्रमाण
- 6 नामिती / दावाकर्ताकामृतक के साथ संबंध:
- 7 संपर्कमोबाइलनंबर:
- 8 संपर्कईमेलपता:
- 9 संपर्कपता:
- 10 नामिती /नियुक्तव्यक्ति/दावाकर्ता (जैसाभीमामलाहो) के विवरण:

|बैंक खाते के विवरण जिसमे दावा राशि भेजी जानी है:

ए) खातासंख्या:

बी) बैंककानाम:

सी) शाखाआईएफएसकोड:

2 आधार नंबर 7 (वैकल्पिक):

3 आयकर पैन 7 (वैकल्पिक):

4 पहचान के प्रमाण के लिए केवाईसीदस्तावेज 8:

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त दिए गए विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही हैं, इस दावे के समर्थन के लिए सलग्न दस्तावेज सही हैं और उक्त सदस्य के संबंध में पीएमएसबीवाई के अंतर्गत दी गई कोई राशि या सदस्य के किसी अन्य बैंक या पोस्ट ऑफिस के अन्य खाते से मेरे द्वारा दावा नहीं किया गया है।

दिनांक:

बीमाधारक सदस्य /नामिती/नियुक्त व्यक्ति/
दावाकर्ता के हस्ताक्षर

सलग्न दस्तावेज

- (1) दुर्घटना के कारण पूर्ण आशस्कतता या बीमाधारक सदस्य की मृत्यु, जैसा भी मामला हो
- (2) बीमित सदस्य और दावाकर्ता (वैकल्पिक) का आधार और पैन नंबर 7
- (3) नामिती /नियुक्त व्यक्ति / दावाकर्ता (जैसा भी मामला हो) के संबंध में केवाईसी दस्तावेज 8
- (4) नामिती /नियुक्त व्यक्ति /दावाकर्ता (जैसा भी मामला हो) के पासबुक या बैंक /पोस्ट ऑफिस खाता विवरण को दर्शाते हुये पहले दो पृष्ठ या खाते का रद्द किया हुआ चेक
- (5) बीमितसदस्य द्वारा नामिती का पूर्व मृत्यु का प्रमाण 6
- (6) यदि दावाकर्ता बीमित सदस्य /नामिती /नियुक्त व्यक्ति से अलग है तो कानूनी उत्तराधिकारी का प्रमाण
- (7) दावा निस्तारण के लिए पूर्ण रूप से भरी हुई एवं हस्ताक्षरित अग्रिम रसीद

नामांकन डाटा या बैंक /पोस्ट ऑफिस के डाटा से बैंक / पोस्ट ऑफिस द्वारा भरा जाए

भाग 3 : बीमित सदस्य के संबंध में विवरण: बैंक / पोस्ट ऑफिस खाता संख्या (बैंक सीबीएस / पोस्ट ऑफिस के रिकार्ड के अनुसार):

1. बैंक / पोस्ट ऑफिस का खाता संख्या (सीबीएस बैंक/ पोस्ट ऑफिस के रिकार्ड का अनुसार):

2. बैंक / पोस्ट ऑफिस का नाम:

3. शाखा का नाम:

4. शाखा आई एफएसकोड:

5. सदस्य के पिता / पति का नाम :

6. जन्मतिथि (केवाईसी दस्तावेज के अनुसार) :

7. बीमाकर्ता का नाम:

8. नामिती का नाम:

9 बैंक / पोस्ट ऑफिस खाते से प्रीमियम कटौती की तिथि :

10 बीमाकर्ता के खाते में भेजे गए प्रीमियम की तिथि:

प्रमाणित किया जाता है कि पीएमएसबीवाई नामांकन डाटा और बैंक / पोस्ट ऑफिस रिकार्ड के अनुसार उक्त सूचना सही है।

स्थान:

तिथि

बैंक / पोस्ट ऑफिस के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

दावा निर्वहन के लिए अग्रिम रसीद

मेरे दावे के अंतर्गत उपरोक्त पॉलिसी के बीमा में आवरित सदस्य श्री

/सुश्री _____ के संबंध में, उपरोक्त संदर्भित

दावे के अनुमोदन पर विचार करते हुए, मैं _____ (बीमाकर्ता का नाम) से

पूर्ण और अंतिम निपटान के रूप में रु _____ केवल (स्थायी पूर्ण

आशस्कता के मामले में रुपए एक लाख और पूर्णत आशस्कताया मृत्यु के मामले में रुपए दो लाख) स्वीकार करता

१०५

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का नाम :

पता पता:

बीमित व्यक्ति / नामिती / नियुक्त व्यक्ति / दावाकर्ता का नाम
दिनांक

बैंक / पोस्ट ऑफिस के प्राधिकृत अधिकारी के प्रतिहस्ताक्षर
दिनांक

नाम :

बैंक /पोस्ट ऑफिस का नाम

शाखा :

कार्यालय की मोहर

दावाकर्ताओं के लिए महत्वपूर्ण सूचना

- 1 नियुक्त व्यक्ति वह है जिसे सदस्य द्वारा पीएमएसबीवाई नामांकन फार्म में नामित किया गया है , जहां नामिती अवयस्क है
- 2 जहां नामिती का नामांकन नहीं है , या नामिती, बीमित सदस्य से पूर्व मृत हो गया हो वहाँ दावाकर्ता उसके विधिक उत्तराधिकारी में से होगा और उसे उत्तराधिकार प्रमाणपत्र अथवा सक्षम न्यायालय या प्राधिकारी द्वारा जारी वारिस प्रमाणपत्र जमा करना होगा ।
- 3 **दुर्घटना का अर्थ है** बाह्य हिंसक और दृश्य साधनों के कारण होने वाली अचानक , अप्रत्याशित और अनैच्छिक घटना
- 4 स्थायी आशस्कतता का अर्थ निम्न में से एक है ::

दोनों आँखों की पूर्ण और अपूर्णीय क्षति या दोनों हाथों या दोनों पाँवों के उपयोग की हानि अथवा एक आँख की दृष्टि की हानि या एक हाथ या एक पाँव के उपयोग की हानि	पूर्ण आशस्कता देय दावा रुपए दो लाख
एक आँख की पूर्ण और अपूर्णीय क्षति या एक हाथ या एक पाँव के उपयोग की हानि	आंशिक आशस्कता देय दावा राशि एक लाख

5 स्थायी आशस्कताके प्रमाणके समर्थन में दस्तावेज

(ए) सिविल सर्जन द्वारा जारी आशस्कतता प्रमाणपत्र (बी) इसके समर्थन में अस्पताल रिकॉर्ड के साथ एफआईआर या पंचनामा

6 दुर्घटना के कारण मृत्यु के समर्थन में निम्न में से कोई दस्तावेज :

(1) (ए), (बी) और (सी) निम्नवत

(ए) मृत्यु के प्रमाण के लिए निम्नलिखित में से कोई दस्तावेज

(i) मृत्यु प्रमाणपत्र (राज्य सरकार द्वारा स्थानीय क्षेत्र के लिए नियुक्त जन्म और मृत्यु के रजिस्ट्रार द्वारा जारी)

(ii) मृतक व्यक्ति का नाम , पिता/ पति का नाम , पता एवं मृत्यु की तिथि एवं कारणको दर्शाते हुये अस्पताल डिस्चार्ज विवरण / प्रमाणपत्र

(iii) मृतक व्यक्ति का नाम , पिता/ पति का नाम , पता एवं मृत्यु की तिथि एवं कारण को दर्शाते हुये अंतिम बार देखभाल कर रहे पंजीकृत चिकित्सक (भारतीय मेडिकल काउंसिल में पंजीकृत चिकित्सक) द्वारा जारी प्रमाणपत्र , जिसे केंद्रीय या राज्य सरकार मे राजपत्रित अधिकारी या

मृतक के खाताधारक बैंक के अधिकारी या अन्य सार्वजनिक क्षेत्र के किसी बैंक या बीमा अधिकारी द्वारा अपनी मोहर सहित प्रति हस्ताक्षरित किया गया हो।

(बी) एफ आर आर / पंचनामा

(सी) पोस्ट मोर्टम रिपोर्ट

(2) बीमित सदस्य के संबंध में संबन्धित जिले के मजिस्ट्रेट / कलेक्टर / उपायुक्तकमिशनरयाकिसीकार्यकारीमजिस्ट्रेट

(अतिरिक्तजिला मजिस्ट्रेट , उप- मंडलीय मजिस्ट्रेट , तहसीलदार आदि) जिसे योजना के अंतर्गत दावा निपटान प्रक्रिया के लिए प्राधिकृत किया गया हो द्वारा जारी प्रमाणपत्र।

(3) दुर्घटना के कारण हुई मृत्यु के मामले में जैसे कि साँप के काटने/ पेड़ से गिरने आदि में उपरोक्त

(ए),(बी) और (सी) स्थान पर अस्पताल रिकॉर्ड जिसमे मृत सदस्य का नाम , पिता / पति का नाम, पता

और मृत्यु के कारण , समय और तिथि को विनिदृष्ट किया गया हो।

7 यह सूचना वांछनीय है , अनिवार्य नहीं।

⁸आवेदककीपहचानसे समर्थितदस्तावेज आधार कार्ड या मतदाताफोटोपहचानपत्र (ईपीआईसी) यामन्रेगाकार्ड या ड्राइविंगलाइसेन्सया पेनकार्ड पासपोर्ट होसकते हैं।

**PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA (PMSBY)
CLAIM-CUM-DISCHARGE FORM**

(To be submitted preferably within 30 days of the occurrence of the accident of the insured member giving rise to the claim)

To be filled by the insured member in case of his accidental disability claim or by his nominee in case of death of insured member

(or in case the nominee is a minor, his/her appointee¹, and in case of no nomination or the nominee pre-deceasing insured member, the claimant² legal heirs of the insured)

Part 1. Details of the member enrolled under PMSBY

- (1) Name:
- (2) Address:
- (3) Bank / post office account number:
- (4) Name of Village /Town / City----- Name of District-----
- (5) Name of State-----PIN Code-----
- (6) Day, date, and time of accident:
- (7) Place of occurrence:
- (8) Nature of accident³:
- (9) Date of death:
- (10) Cause of death / disability ⁴(please specify):
- (11) Type of Disability (Total permanent or partial permanent):
- (12) Document attached as proof of permanent disability⁵ / death⁶:
- (13) Aadhaar number⁷ (Optional):
- (14) Income-tax Permanent Account Number (PAN)⁷ (Optional):

Part 2. Details of the nominee in case of death of insured member:

(or, in case the nominee is a minor, his/her appointee¹, and in case of no nomination or the nominee pre-deceasing insured member, the claimant² legal heirs of the insured)

1. Name of the nominee:
2. Age of nominee:
3. In case the nominee is a minor, name of the appointee¹:
4. In case of no nomination or nominee pre-deceasing the insured member, name of the claimant²:
5. Proof of death⁶ of nominee in case of nominee pre-deceasing the insured member:
6. Relationship of the nominee/claimant with the deceased:
7. Contact mobile number:
8. Contact email address:
9. Contact address:

10. Details of the nominee/appointee/claimant (as the case may be):

- (1) Particulars of bank account into which the claim amount is to be remitted:
 - (a) Account number:
 - (b) Name of bank:
 - (c) Branch IFS Code:
- (2) Aadhaar number⁷(Optional):
- (3) Income-tax PAN⁷(Optional):
- (4) KYC document⁸ attached as proof of identity:

I hereby declare that details submitted above are true to the best of my knowledge, the documents attached in support of this claim are genuine, and I have not claimed the amount payable under PMSBY in respect of the member named above earlier or in respect of any other account of the member with any bank or post office.

Date:

(Signature of the insured member/
nominee/appointee¹/claimant²)

Attached documents:

- (1) Proof of permanent disability due to accident⁵ or death due to accident⁶ of the insured member, as the case may be
- (2) Aadhaar and PAN number of the insured member and claimant⁷(Optional)
- (3) KYC document⁸ in respect of the nominee/appointee/claimant (as the case may be)
- (4) First two pages of passbook, or bank / post office account statement showing account details, or cancelled cheque of the account of the nominee/appointee/claimant (as the case may be)
- (5) Proof of death⁶ of nominee in case of nominee pre-deceasing the insured member
- (6) Proof of being legal heir, in case the claimant is other than the insured member/nominee/appointee
- (7) Advance receipt for discharge of claim, duly filled in and signed

To be filled by the bank / Post office from enrolment data or data of bank/ post office

Part 3: Details in respect of the insured member

1. Bank / post office account number (as per bank's CBS/ post office records):
2. Bank / post office name:
3. Branch name:
4. Branch IFS Code:
5. Name of father/husband of the member:
6. Date of birth (as per the KYC document):

7. Name of the insurer:
8. Name of the nominee:
9. Date of debit of premium from the bank/ post office account:
10. Date of remitting the premium into insurer's account:

It is certified that the above information is true as per PMSBY enrolment data and bank / post office records.

Place:

Date:

(Signature and seal of the authorised official of the bank/post office)

PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA
Advance receipt for discharge of claim

In consideration of approval of my claim referred above, I hereby accept from _____
(*name of the insurer*) the sum of Rs. _____ (Rs. One lakh in case of permanent partial disability and Rs. two lakhs in case of permanent total disability or death) only in full and final settlement and discharge of my claim under the said policy covering insurance in respect of member Shri / Ms _____.

Signature of the witness

Name of witness:

Address:

Signature of the insured member/nominee/appointee/claimant

Date:

Countersignature of authorised official of the bank/ post office

Date:

Name:

Name of bank/ post office:

Branch:

Office stamp

Useful information for claimants

- ¹ The appointee is the person named by the member in his PMSBY enrolment form where the nominee is a minor.
- ² A claimant where there is no nomination or the nominee has pre-deceased the insured member shall be one who is a legal heir and submits a succession certificate or legal heir certificate issued by a competent court or authority.
- ³ Accident means a sudden, unforeseen and involuntary event caused by external, violent and visible means.
- ⁴ Permanent Disability means any of the following:

Total and irrecoverable loss of both eyes or loss of use of both hands or feet or loss of sight of one eye and loss of use of one hand or foot	Total disability-claim amount payable is Rs two lakhs
Total and irrecoverable loss of sight of one eye or loss of use of one hand or foot	Partial disability-Claim amount payable is Rs one lakh

- ⁵ Documents in support of proof of permanent disability:
FIR or Panchnama, along with (a) Disability certificate issued by the Civil surgeon and (b) hospital record supporting the same.
- ⁶ Documents in support of death due to accident may be any of the following:
- (1) (a), (b) and (c) as under:
- (a) Any of the documents listed below as proof of death:
- (i) Death certificate (issued by the registrar of births and deaths appointed by the state government for the local area)
- (ii) Hospital discharge summary/certificate in respect of the deceased person, specifying his/her name, father's/husband's name, address and the date, time and cause of death
- (iii) Certificate issued by the last attending Registered Medical Practitioner (doctor registered with the Indian Medical Council) in respect of the deceased person, specifying his/her name, father's/husband's name, address and the date, time and cause of death, which should be countersigned with his/her seal by a Gazetted officer of the Central or the State Government or by an officer of the deceased accountholder's bank or any public sector bank or any public sector insurer
- (b) FIR/ Panchnama
- (c) Post Mortem report
- (2) Certificate issued in respect of the insured member by the District Magistrate / Collector / Deputy Commissioner of the district concerned, or by any Executive Magistrate (Additional District Magistrate, Sub-Divisional Magistrate, Tehsildar/Talukdar, etc.) authorised by him/her, in the form prescribed in the claim settlement procedure for the scheme
- (3) In case of death due to accidents such as snake bite/ fall from tree, etc., hospital record specifying the deceased member's name, father's/husband's name, address and the date, time and cause of death in lieu of (a), (b) and (c) above.

⁷ This information is desirable but not mandatory.

⁸ Document in support of applicant's identity may be Aadhaar card or electoral photo identity card [EPIC] or MGNREGA card or driving license or PAN card or passport.