

जोडपत्र ३

राज्य शासकीय समुह वैयक्तिक अपघात विमादावा अर्ज (Claim Form)
मृत्यू/विकलांगताकरिता

| | | |
|---|--|-----|
| १ | अ. योजनेच्या सदस्याचे नाव/नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव | |
| | ब. नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाते | |
| २ | पत्रव्यवहाराचा पत्ता (दुरध्वनी,ईमेल) | |
| ३ | राशीभूत विमा रक्कम | रु. |
| ४ | अपघातामुळे मृत्यू/विकलांगता आलेल्या योजनेच्या सदस्याचे नाव व वय | |
| ५ | अ. अपघाताचा दिनांक व वेळ ब. अपघाताचे ठिकाण क. साक्षीदाराचे नाव व पत्ता | |
| ६ | अपघाताचा तपशील | |
| ७ | अपघातामुळे उद्भवलेल्या विकलांगतेचे स्वरूप (जसे. मृत्यू/कायमचे अपगंत्व/हात, डोळे, पाय तसेच इतर कायमचे अशंत: अपगंत्व इत्यादीचा तपशील) | |
| ८ | सदस्यावर उपचार करणाऱ्या शल्यचिकित्सकाचे नाव व पत्ता | |
| ९ | विमा संचालनालयाच्यावतीने वैद्यकीय अधिकाऱ्याची नियुक्ती करण्यात आली होती काय? असल्यास त्याचे नाव. | |

घोषणापत्र

मी खालील सही करणार असे घोषित करतो की वर उल्लेखित तपशील माझ्या माहितीनुसार सत्य व बरोबर असून यामध्ये काही विपर्यास्त तपशील आढळल्यास विमादावा नाकारण्यात येईल याची मला जाणीव आहे.

ठिकाण:

दिनांक:

सदस्याचे/नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव व सही.