

मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजना

परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक एवं उनके परिवार के सदस्यों की दुर्घटना उपरांत चिकित्सालय में भर्ती अनिवार्य है) प्राप्त करने हेतु दावा प्रपत्र पृष्ठ संख्या-2

(ग) टेलीफोन नम्बर:

- (घ) चिकित्सालय में भर्ती होने की तिथि एवं समय:
(ङ) चिकित्सालय से डिस्चार्ज होने की तिथि एवं समय:

(च) चिकित्सा में व्यय की राशि(डाक्टर का पर्चा, बिल व कैशमेमो तथा (क) से (च) तक की सूचना चिकित्सक से प्रमाणित कराकर संलग्न करें)

5. कृत्रिम अंग पर व्यय की गयी धनराशि (यदि लागू हो)

(अंग प्रत्यारोपण के विवरण सहित उपर्युक्त प्रस्तर 4 के (च) के अनुसार प्रमाण-पत्र संलग्न करें)

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गयी उपरोक्त जानकारी पूर्णतः सत्य व प्रमाणित है। यदि इस सम्बन्ध में कोई भी सूचना गलत पायी गयी तो योजना के अन्तर्गत समस्त लाभों से हमें वंचित कर दिया जाएगा तथा आवश्यक विधि सम्मत कार्रवाई का मैं पात्र रहूँगा/रहूँगी।

साक्षियों का नाम व पता तथा हस्ताक्षर

परिवार के मुखिया/रोटी अर्जक/
का नाम, पता एवं हस्ताक्षर या
निशानी अंगूठ

1.....

2.....

पावती

श्री/श्रीमती का मुख्यमंत्री किसान एवं सर्वहित बीमा योजनान्तर्गत दावा प्रपत्र बीमा कम्पनी की जनपद.....स्थित शाखा में प्राप्त किया गया है जिसे दो कार्य दिवस के भीतर संबंधित वेबसाइट पर अपलोड कर दिया जायेगा।

दिनांक:

शाखा प्रबन्धक, नाम एवं बीमा कम्पनी का नाम

स्थान:

मोहर सहित

समय:

पावती संख्या:

कृपया कोई समस्या या कठिनाई होने पर मुख्यमंत्री बीमा एवं बैंकिंग हेल्पलाइन-1520 (टोल फ़ि) पर सम्पर्क करें।