

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

अधिस्वीकृत पत्रकारों की समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु मूल प्रस्ताव पत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)

1. प्रस्तावक का नाम
2. पिता/पति का नाम
3. अधिस्वीकृत रजिस्ट्रेशन नम्बर
4. स्थायी पता
5. वर्तमान पता
6. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर,
कान अथवा आंख की किसी
अपंगता से ग्रस्त है ? यदि हां,.....
तो विवरण दें।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषणा – पत्र

मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति/पत्नि, लड़का/लड़की) के पक्ष में ही किया जाए। परिवार न होने की दशा में माता पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पक्ष में मनोनीत किया जाए। उपरोक्त दोनों अवस्थाएँ न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनोनीत किया जा सकता है। मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जाये।

निरंतर.....

साधारण बीमा निधि – प्रदेश की बहुमूल्य संपत्तियों की सुरक्षा हेतु समर्पित

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

मेरे मनोनीत श्रीमती / कुमारी / श्रीके संरक्षक श्रीमती / कुमारी / श्री.....(संबंध)..... होंगे। (मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में प्रयोग हेतु)

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

मैं यह घोषणा करता हूँ / करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह कि मैंने जोखिम के आकलन को प्रभावित करने वाले सारे विवरणों को घोषित कर दिया है। मैं सहमति देता हूँ / देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगे।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान.....

दिनांक

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा किया गया मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गई व्यवस्था के अनुरूप है।

**सक्षम अधिकारी
सूचना एवं जनसम्पर्क विभाग**