

राजस्थान सरकार
राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)
समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु प्रस्ताव प्रपत्र
(प्रस्तावक द्वारा भरा जावे)

1. प्रस्तावक का नाम मय पद :
 2. पिता /पति का नाम :
 3. वर्तमान विभाग का नाम : राजस्थान पुलिस
कार्यालय जिला पुलिस अधीक्षक, बाड़मेर
 4. स्थायी पता :
 5. वर्तमान पता :
 6. क्या वर्तमान में हाथ, पैर कान :
अथवा आंख की किसी अपंगता
से ग्रस्त है ?यदि हाँ तो विवरण दें।
- प्रस्तावक के हस्ताक्षर

मनोनयन हेतु घोषण-पत्र

(मनोनयन परिवार के सदस्यों (पति, 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। मनोनीत व्यक्ति के अवयस्क होने की दशा में मनोनीत के संरक्षक का नाम अवश्य निर्दिष्ट किया जावे।)

मैं श्रीमति/कुमारी/श्री.....एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलीसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि भुगतान श्रीमति/कुमारी/श्री.....

आयु.....वर्ष(संबंध).....को किया जाये।

मेरे मनोनीत श्रीमति/कुमारी श्री.....

के संरक्षक श्रीमति/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 विकास में 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।

स्थान :

दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

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 अनुसार है।

(आहरण एवं वितरण अधिकारी)