

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| पूरा नाम :- संस्थान का नाम :- | वर्ष 2017 का अधिमान्यता कार्ड नं. (अधिमान्यता नहीं होने की स्थिति में संस्था द्वारा देय फार्म 16 जिसमें पी.एफ. नंबर का स्पष्ट उल्लेख हो अथवा पी. एफ. कटौती का प्रमाण-पत्र) |
| पता :- | क्या किसी अशक्तता से प्रभावित हैं, यदि हाँ तो उसका विवरण :- |
| जन्म तिथि (kyc दस्तावेज़ के अनुसार) | नामित का नाम :- |
| मोबाइल नं. | नामित से संबंध :- |
| ई- मेल आईडी :- | बीमा राशि रूपये 5,00,000/- |

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव प्रपत्र (रूपये 2.00 लाख बीमित राशि प्रति परिवार)

| क्र. | बीमित सदस्यों का नाम | जन्मतिथि एवं आयु | लिंग (स्त्री/पुरुष) | प्रस्तावक से संबंध |
|------|----------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |

बीमित सदस्यों के फोटोग्राफ्स

| प्रस्तावक | बीमित सदस्य | बीमित सदस्य | बीमित सदस्य |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | | | |

प्रीमियम राशि जमा करने का विवरण

| डी डी नं. | राशि | दिनांक | बैंक का नाम | बैंक शाखा |
|-----------|------|--------|-------------|-----------|
| | | | | |

- डिमांड ड्राफ्ट यूनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से बनेगा ।
- अधिमान्यता कार्ड की छायाप्रति अवश्य संलग्न करें ।
- फार्म- 16/पी. एफ. कटौती प्रमाण-पत्र संलग्न करें ।
- आवेदन-पत्र जनसंपर्क संचालनालय भोपाल भेजें ।

स्थान :

दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

सेवा-वृद्धि का द्वार मार्ग

पंजीकृत व प्रधान कार्यालय : 24 व्हाइटस रोड, चैन्नई - 60001