

बैंक प्रमाण पत्र

(बैंक के लेटर हेड पर जमा किया जाना है)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री _____ जिनका _____
दुर्घटना के कारण निधन हो गया (जैसा कि नामांकित व्यक्ति/दावेदार द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों में उल्लेखित है), बैंक
खाता धारक हैं:

1	खाताधारक का नाम	:	
2	पूरा पता (बैंक रिकॉर्ड के अनुसार)	:	
3	दुर्घटना से हुई मृत्यु की तिथि (मृत्यु प्रमाण पत्र के अनुसार)	:	
4	बैंक ऑफ बड़ौदा शाखा का विवरण जहां खाता रखा गया है	:	शाखा नाम :
		:	शाखा कोड:
		:	क्षेत्रीय कार्यालय:
5	खाता संख्या	:	
6	खाते का नाम (नागरिक वेतन, पेंशन एवं जमा खाता धारक)	:	
7	पीएआई/एयर के तहत दावा राशि	:	पीएआई: एएआई:
8	नागरिक वेतन, पेंशन और जमा खाता धारकों के संयुक्त खाता धारक का नाम (यदि उपलब्ध हो)	:	
9	संयुक्त खाता धारक/नामिती का संपर्क नंबर	:	

10	क्या मृतक के खाते में नामांकन उपलब्ध है (हां/नहीं का उल्लेख करें)	:	
11	नामांकित व्यक्ति का नाम, यदि उपलब्ध हो	:	
	नामांकित व्यक्ति की आईडी (पैन/आधार)	:	
12	नामिती खाता विवरण, यदि उपलब्ध हो	:	

उपरोक्त बैंक खाता और नामित व्यक्ति के विवरण बैंक के अभिलेखों/सिस्टम के अनुसार सत्यापित करने के बाद ही प्रदान किए गए हैं और ये सही हैं।

हस्ताक्षरकर्ता, दावाकर्ता द्वारा बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेजों जैसे एफआईआर, मृत्यु प्रमाणपत्र, पोस्टमार्टम रिपोर्ट आदि की प्रामाणिकता/वास्तविकता के लिए उत्तरदायी नहीं होगा। इनकी प्रामाणिकता का सत्यापन करना बीमा कंपनी की जिम्मेदारी होगी। आगे के सभी पत्राचार दावाकर्ता और बीमा कंपनी के बीच सीधे किया जाना चाहिए। दावे का निपटान करना, पूरी तरह से बीमा कंपनी की जिम्मेदारी होगी। सभी निपटान/विवाद दावेदार और बीमा कंपनी के बीच होंगे, और बैंक ऐसे विवादों का पक्षकार नहीं होगा।

बैंक ऑफ बड़ौदा के लिए

शाखा प्रबंधक के हस्ताक्षर और स्टाम्प :

दिनांक:

हस्ताक्षर अधिकारी का नाम:

अनुलग्नक 5

चिकित्सा प्रमाण पत्र (पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर से)

बीमित व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया गया दावा एवं उनके खर्च पर उपलब्ध कराए गए चिकित्सा प्रमाणों से किया जाना चाहिए।

दावेदार (खाताधारक) का विवरण			
1	a)	खाता संख्या	
	b)	नाम	
	c)	लिंग	पुरुष: महिला:

	d)	उम्र	
2		दुर्घटना का विवरण	
	a)	दुर्घटना की प्रकृति	
	b)	दुर्घटना का कारण	
	c)	क्या चोटों की प्रकृति दुर्घटना के दिए गए विवरण के अनुरूप है?	
3		चोट/हानि का विवरण	
4		जिस तारीख को आप पहली बार दावेदार के पास उपस्थित हुए	
5		क्या दावेदार अपनी चोट के अलावा किसी बीमारी या स्वास्थ्य समस्या से पीड़ित है, और क्या ऐसी कोई बीमारी या परिस्थितियाँ हैं जो उपचार को धीमा कर सकती हैं? यदि हां, तो कृपया विवरण दें।	
6		वर्तमान स्थिति	
7		आपके अनुसार, दुर्घटना घटित होने के बाद पूरी तरह से विकलांगता कितने समय तक बनी रहेगी?	
8		मौजूदा डॉक्टर का नाम (यदि उपचार बदल दिया गया है)	
उपरोक्त नामित बीमित व्यक्ति की व्यक्तिगत रूप से जांच करने के बाद, मैं प्रमाणित करता हूँ कि			

उपरोक्त कथन सही हैं और घायल व्यक्ति उस दुर्घटना द्वारा आवश्यक रूप से विकलांग है, जिसका उल्लेख किया गया है।

		दिनांक		पता		
		नाम				
		पंजीकरण संख्या		मुहर		
		योग्यता				