

सहपत्र क्र.१ - पुर्वसुचना अर्ज
गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना
क्लेम फॉर्म भाग-१

प्रति,

संबंधित विमा कंपनी
द्वारा तालुका कृषि अधिकारी,
तालुका.....जिल्हा.....

महोदय,

- १) अर्जदाराचे नाव
- २) अर्जदाराचे अपघातग्रस्ताशी नाते
(मोबाईल क्र./दूरध्वनी क्र.)
- ३) अपघातग्रस्तांचे नांव व पत्ता

- ४) अपघात दिनांक
- ५) अपघाताचे स्वरूप
- ६) कोणत्याही एका शेतजमीनीचा धारण सर्व्हे नं. / गट
- केलेला तपशील गावाचे नाव
- ७) कार्यान्वित असलेल्या आधार लिंकड बँक खात्याचा तपशील (जनधन खात्याचा

तपशील देउ नये)

- १) अर्जदाराचे खाते असलेल्या बँकेचे नांव
- २) बचत खाते क्र.
- ३) शाखा व शाखा क्र.
- ४) आय एफ एस कोड

मी खाली सही करणार अर्जदार नमूद करतो की, उपरोक्त माहिती खरी असून उपरोक्त अपघातग्रस्त शेतकरी / वारसदार म्हणून रु.२,००,०००/-किंवा रु.१,००,०००/- एवढ्या गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजनेखालील रकमेच्या दाव्यासाठी अर्ज करीत आहे/आहोत. कृपया सदर दावा निकाली काढून दाव्याची रक्कम उपरोक्त नमूद बँक खात्यात जमा करण्यात यावी, ही विनंती.

सोबत खालील प्रमाणे कागदपत्रे सादर करीत आहे.

(अर्जदाराची सही)

पुर्वसुचना अर्ज
क्लेम फॉर्म भाग-१ चे सहपत्र

अ.क्र.	तपशील	जोडलेली कागदपत्रे	तालुका कृषि अधिकारी यांचा शेरा
१	७/१२ उत्तारा (मूळ प्रत)		
२	गाव नमूना नं.६ ड, (ज्या फेरफार नोंदीद्वारे ७/१२ वर नाव आले.) अथवा सक्षम प्राधिकृत अधिकाऱ्याचे फेरफार नोंदीबाबत प्रमाणपत्र(मूळ प्रत)		
३	गाव नमूना नं.६-क अथवा सक्षम प्राधिकृत अधिकाऱ्याचे वारसाच्या नोंदीबाबत प्रमाणपत्र (मुळ प्रत)		
४	प्रतिज्ञापत्र (प्रपत्र-ग) (मूळ प्रत)		
५	वयाचा पुरावा (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
६	शिधापत्रिका (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
७	मृत्यू दाखला /अपंगत्वाचा दाखला (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
८	प्रथम माहिती अहवाल (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
९	घटनास्थळ पंचनामा (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
१०	अपघाताचे स्वरूपानुसार प्रपत्र-क मधील इतर कागदपत्रे (स्वयंसाक्षातीत प्रत)		
	१)		
	२)		
	३)		
	४)		
	५)		
	६)		

हस्ते बटवडा

गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना
क्लेम फॉर्म भाग-२

तालुका कृषि अधिका-याचे पत्र

जा.क्र. गोमुंशवियो/ २०
तालुका कृषि अधिकारी,-----जि. -----
दिनांक...../...../.....

प्रति

..... जिल्हा प्रतिनिधी

विषय :- गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना सन २०--/२० --

महोदय,

श्री.....रा..... ता.....

जिल्हा..... यांचा क्लेम फॉर्म भाग-१ मधील अर्ज सोबत जोडला आहे. सविस्तर तपशील अर्जात नमूद आहे. अर्जासोबतची साक्षातीत कागदपत्रे स्वीकारताना मूळ कागदपत्रांची पडताळणी या कार्यालयाने केली आहे.

(जिल्हा अधिक्षक कृषि अधिकारी यांचे मार्फत रवाना)

सोबत :- १) मूळ दावा अर्ज

२) अपघाताचे अनुषंगाने आवश्यक कागदपत्रे

(क्लेम फॉर्म भाग-३ व ४ चे सहपत्रात उल्लेखित)

तालुका कृषि अधिकारी

ता जि.

हस्ते बटवडा

गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना
क्लेम फॉर्म भाग-३

क्रमांक.....
दिनांक.....

प्रति
संबंधित विमा कंपनी प्रा.लि.
पत्ता

विषय :- गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजने अंतर्गत नुकसान भरपाई
मिळण्याबाबत...

महोदय,
श्री.....रा..... ता.....

जिल्हा..... यांचा क्लेम फॉर्म भाग- १ मधील अर्ज सोबत जोडला आहे. सविस्तर तपशील
अर्जात नमूद आहे. अर्जासोबतची साक्षातीत कागदपत्रे स्वीकारताना मूळ कागदपत्रांची पडताळणी या
कार्यालयाने केली आहे.

()

मे.----- इन्शुरन्स ब्रोकरेज कंपनी प्रा.लि.
जिल्हा कार्यालय पत्ता.....

- सोबत :- १) मूळ दावा अर्ज
२) ७ / १२, ६-ड (फेरफार) व ६-क चा उतारा
३) तालुका कृषि अधिका-यांचे प्रमाणपत्र
४) अपघाताचे अनुषंगाने आवश्यक कागदपत्रे
(क्लेम फॉर्म भाग-२ व ३ चे सहपत्रात उल्लेखित)

Application ID														

(विमा कंपनीने नोंदवावा)

क्लेम फॉर्म भाग-१ चे सहपत्र गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना
क्लेम फॉर्म भाग-२ व ३ चे सहपत्र

अ.क्र.	तपशील	तपासणी अधिका-याचा अहवाल		
		तालुका कृषि अधिकारी	विमा सल्लागार प्रतिनिधी	विमा कंपनी
१	७/१२ उतारा (मूळ प्रत)			
२	गाव नमुना नं.६ ड, (ज्या फेरफार नोंदीद्वारे ७/१२ वर नाव आले.) अथवा सक्षम प्राधिकृत अधिकाऱ्याचे फेरफार नोंदीबाबत प्रमाणपत्र(मूळ प्रत)			
३	गाव नमुना नं.६-क अथवा सक्षम प्राधिकृत अधिकाऱ्याचे वारसाच्या नोंदीबाबत प्रमाणपत्र (मूळ प्रत)			
४	प्रतिज्ञापत्र (प्रपत्र-ग) (मूळ प्रत)			
५	वयाचा पुरावा (स्वयंसाक्षातीत प्रत)			
६	शिधापत्रिका (स्वयंसाक्षातीत प्रत)			
७	मृत्यू दाखला /अपंगत्वाचा दाखला (स्वयंसाक्षातीत प्रत)			
८	प्रथम माहिती अहवाल (स्वयंसाक्षातीत प्रत)			
९	घटनास्थळ पंचनामा (स्वयंसाक्षातीत प्रत)			
१०	अपघाताचे स्वरूपानुसार प्रपत्र-क मधील इतर कागदपत्रे (साक्षातीत प्रत)			
	१)			
	२)			
	३)			
	४)			
	५)			
	६)			

स्वाक्षरी
तालुका कृषि अधिकारी

स्वाक्षरी
विमा सल्लागार कंपनी प्रतिनिधी

स्वाक्षरी
विमा कंपनी

प्रपत्र - क

अपघाताच्या घटनेच्या स्वरूपानुसार पुराव्यादाखल सादर करावयाची कागदपत्रे

अ.क्र	अपघाताचे स्वरूप	आवश्यक कागदपत्रे
१	रस्ता / रेल्वे अपघात	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, विमा संरक्षित व्यक्ती वाहन चालविताना अपघात झाल्यास त्याचा मोटार वाहन परवाना
२	पाण्यामध्ये बुडून मृत्यू	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, बुडून बेपत्ता झाल्यास फक्त प्रथम माहिती अहवाल व क्षतीपूर्ती बंधपत्र आवश्यक)
३	जंतूनाशक अथवा अन्य कारणामुळे विषबाधा	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, रासायनिक विश्लेषण अहवाल (व्हिसेरा अहवाल)
४	विजेचा धक्का अपघात	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल
५	वीज पडून मृत्यू	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल
६	खून	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, रासायनिक विश्लेषण अहवाल (व्हिसेरा अहवाल), दोषारोप पत्र
७	उंचावरून पडून झालेला मृत्यू	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, पोलीस अंतिम अहवाल
८	सर्पदंश/विंचू दंश	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, वैद्यकीय उपचारापूर्वीच निधन झाल्याने पोस्ट मॉर्टेम झाले नसल्यास या अहवालातून सूट मात्र वैद्यकीय अधिका-याचे प्रमाणपत्र शासकीय आरोग्य केंद्र अधिका-याकडून प्रतिस्वाक्षरीत असणे आवश्यक
९	नक्षलवाद्याकडून झालेल्या हत्या	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, नक्षलवादी हत्येसंदर्भातील कार्यालयीन कागदपत्र
१०	जनावरांच्या हल्ल्यामुळे / चावण्यामुळे जखमी / मृत्यू	
	अ) जनावरांच्या चावण्यामुळे रेबीज होऊन मृत्यू	औषधोपचाराची कागदपत्रे
	ब) जखमी होऊन मृत्यू	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल
	क) जनावरांच्या हल्ल्यात मृत्यू होऊन शव न मिळणे	क्षतिपूर्ती बंधपत्र आवश्यक
११	दंगल	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, दंगलीबाबतची कार्यालयीन कागदपत्रे
१२	अन्य कोणतेही अपघात	इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टेम अहवाल, पोलीस अंतिम अहवाल
१३	अपंगत्वाच्या लाभाच्या पुराव्यासाठी सादर करावयाची कागदपत्रे	१) अपंगत्व अथवा अवयव निकामी होण्याचे कारणाबाबतचे डॉक्टरांचे अंतिम प्रमाणपत्र अथवा दवाखान्याच्या नोंदी. २) प्राथमिक आरोग्य केंद्र/उपकेंद्र/जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे प्रतिस्वाक्षरीसह कायम अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र.

सुचना ::

- वरील कागदपत्र मूळ किंवा राजपत्रित अधिकारी यांनी साक्षात्कृत केलेले अथवा स्वयंसाक्षात्कृत (घोषणापत्र-ब नुसार) असल्यास ग्राह्य धरण्यात येईल.
- मृत्यूच्या कारणाची नोंद सक्षम प्राधिकाऱ्याने स्पष्ट केली असल्यास रासायनिक विश्लेषण अहवाल (व्हिसेरा अहवाल) या कागदपत्रांची आवश्यकता राहणार नाही.

प्रपत्र - ग

घोषणापत्र - अ

गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना

स्वयंघोष
णापत्र
अर्जदारा
चा फोटो

मी खाली सही करणार -----रा.-----तालुका -----
-----जिल्हा ----- वय----- वर्षे, आधार क्रमांक (असल्यास)-----
----- व्यवसाय-----याद्वारे घोषित करतो/करते की, खालील लिहिलेला मजकूर माझे
सदसदविवेक बुध्दीस स्मरुन लिहिलेला असून खरा आहे.

श्री./श्रीमती----- हे दिनांक / / २० रोजी गांव
-----ता.-----जि.----- येथे अपघाताने अपंग/ मयत झाले आहेत. त्यांना गोपीनाथ
मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजनेचा लाभ मिळावा म्हणून मी अर्ज केलेला आहे. त्यासाठी क्लेम फॉर्म
(भाग-१) मी भरला असून त्यातील तपशिल खरा आहे. सदर क्लेम फॉर्म (भाग-१) च्या अनुषंगाने सादर
केलेली महसूल व इतर सर्व कागदपत्रे खरी आहेत व त्यातील माहितीही खरी आहे. मृत व्यक्ती शेतकरी
/ शेतकरी कुटुंबातील सदस्य आहे. सदर योजनेतर्गत लाभास पात्र असणाऱ्या शेतकऱ्याने/ कुटुंबातील
कोणत्याही सदस्याने अथवा वारसदाराने/ शासनाच्या अन्य विभागांकडून अपघातग्रस्तांसाठी कार्यान्वित
असलेल्या योजनेचा लाभ घेतलेला नाही.

क्लेम फॉर्म (भाग-१) सोबत जोडलेली मूळ कागदपत्रे व साक्षांकित कागदपत्रे खरी असून त्यात मी
कोणतीही खाडाखोड केलेली नाही अथवा बदल केलेला नाही.

वरील प्रतिज्ञापत्रातील सर्व मजकूर खरा व बरोबर असून तो असत्य नाही. तो असत्य निघालेस
होणाऱ्या कारवाईस मी पात्र राहिन तसेच भारतीय दंड संहिता अन्वये आणि/किंवा संबंधित कायद्यानुसार
माझ्यावर खटला भरला जाईल व त्यानुसार मी शिक्षेस पात्र राहिल याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

ठिकाण :.....

अर्जदाराची सही :.....

दिनांक :.....

अर्जदाराच नाव

अपघातग्रस्त व्यक्तीशी नाते

घोषणापत्र - ब

गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात विमा योजना

स्वयंसाक्षांकनासाठी स्वयं घोषणापत्र

अर्जदारा
चा फोटो

मी खाली सही करणार -----रा.-----तालुका
-----जिल्हा ----- वय----- वर्षे, आधार क्रमांक (असल्यास)-----
----- व्यवसाय-----याद्वारे घोषित करतो/करते की, श्री./श्रीमती-----
----- हे दिनांक / / रोजी गांव -----ता. -----
जि. ----- येथे अपघाताने अपंग/ मयत झाले आहेत. त्यांना गोपीनाथ मुंडे शेतकरी अपघात
विमा योजनेचा लाभ मिळावा म्हणून मी अर्ज केलेला असून अर्जासोबत जोडलेल्या स्वयंसाक्षांकित
केलेल्या प्रती या मूळ कागदपत्रांच्याच सत्यप्रती आहेत. त्या खोट्या असल्याचे आढळून आल्यास
भारतीय दंड संहिता आणि/किंवा संबंधित कायदानुसार माझ्यावर खटला भरला जाईल व त्यानुसार मी
शिक्षेस पात्र राहिन याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

ठिकाण :.....

अर्जदाराची सही :.....

दिनांक :.....

अर्जदाराचे नाव

अपघातग्रस्त व्यक्ती