

बीमा आवेदन-पत्र

यूनाइटेड इंडिया इश्युरेंस कंपनी लिमिटेड

वर्ष 2018-19

मंडल कार्यालय -2

153, गुरु आर्केड ज़ोन- 1 एम.पी. नगर, भोपाल -462011

फोन नं. 0755-2763447, मो. 94250-15735

स्वास्थ्य एवं व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र

पूरा नाम :- (अंग्रेज़ी में केपीटल लेटर में)	वर्ष 2018 का अधिमान्यता कार्ड नं.
संस्थान का नाम :- (हिन्दी में)	(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 :- (अंग्रेज़ी में)	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 रुपये 2 लाख/ 4 लाख

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव प्रपत्र (रुपये 2 / 4 लाख बीमित राशि प्रति परिवार)

क्र.	बीमित सदस्यों का नाम (अंग्रेज़ी में)	जन्मतिथि एवं आयु	लिंग (स्त्री/पुरुष)	प्रस्तावक से संबंध
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

बीमित सदस्यों के फोटोग्राफ्स-पीछे नाम भी लिखें

प्रस्तावक	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य

प्रीमियम राशि जमा करने का विवरण

NEFT UTR NO--	राशि	दिनांक	बैंक का नाम	बैंक शाखा

नोट: तालिका में पत्रकार, पति-पत्नी एवं बच्चों का प्रीमियम जोड़कर दिया गया है। माता-पिता का प्रीमियम अलग से तालिकानुसार जोड़ना होगा।

- यूनाइटेड इंडिया इश्युरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम बैंक आफ इंडिया सचिवालय ब्रांच एमपी नगर, भोपाल, खाता क्र. 900520100000291, IFSC कोड - BKID0009005, MICR कोड- 462013006 में NEFT करें। NEFT की गई राशि का UTR नंबर आवेदन-पत्र में भरने के साथ ही उसकी रसीद भी आवेदन-पत्र के साथ संलग्न करें।
- अधिमान्यता कार्ड की छायाप्रति अवश्य संलग्न करें।
- फार्म- 16/पी. एफ. कटौती प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
- आवेदन-पत्र जनसंपर्क संचालनालय भोपाल भेजें।
- गत् वर्ष के बीमा कार्ड की छायाप्रति अनिवार्यतः संलग्न करें।

स्थान :

दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

बीमा आवेदन-पत्र

यूनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

वर्ष 2018-19

मंडल कार्यालय -2

153, गुरु आर्केड ज़ोन- 1 एम.पी. नगर, भोपाल -462011

फोन नं. 0755-2763447, मो. 94250-15735

स्वास्थ्य एवं व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र

पूरा नाम :- (अंग्रेज़ी में केपीटल लेटर में) संस्थान का नाम :- (हिन्दी में)	पत्र-पत्रिका का आर.एन.आई नंबर की प्रति । संपादक की अनुशंसा ।
पता :- (अंग्रेज़ी में)	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 रुपये 2 लाख/ 4 लाख

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव प्रपत्र (रुपये 2 / 4 लाख बीमित राशि प्रति परिवार)

क्र.	बीमित सदस्यों का नाम (अंग्रेज़ी में)	जन्मतिथि एवं आयु	लिंग (स्त्री/पुरुष)	प्रस्तावक से संबंध
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

बीमित सदस्यों के फोटोग्राफ्स-पीछे नाम भी लिखें

प्रस्तावक	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य

प्रीमियम राशि जमा करने का विवरण

NEFT UTR NO--	राशि	दिनांक	बैंक का नाम	बैंक शाखा

नोट: तालिका में पत्रकार, पति-पत्नि एवं बच्चों का प्रीमियम जोड़कर दिया गया है । माता-पिता का प्रीमियम अलग से तालिकानुसार जोड़ना होगा ।

- यूनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम बैंक आफ इंडिया सचिवालय ब्रांच एमपी नगर, भोपाल, खाता क्र. 900520100000291, IFSC कोड - BKID0009005, MICR कोड- 462013006 में NEFT करें । NEFT की गई राशि का UTR नंबर आवेदन-पत्र में भरने के साथ ही उसकी रसीद भी आवेदन-पत्र के साथ संलग्न करें ।
- पत्र-पत्रिका का आर.एन.आई नंबर की प्रति ।
- संपादक की अनुशंसा ।
- आवेदन-पत्र जनसंपर्क संचालनालय भोपाल भेजें ।

स्थान :

दिनांक :

प्रस्तावक के हस्ताक्षर