# कार्यालय निदेशक,माध्यमिक शिक्षा,राजस्थान,बीकानेर

## —:परिपत्र:—

## "विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना"

विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों में वर्ष 1996 से लागू की गई तथा सत्र 2011 में योजना का नवीनीकरण किया गया। उक्त योजना राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों में अध्ययनरत विद्यार्थियों हेतु लागू है। इसके अन्तर्गत कक्षा 01 से 12 तक राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों में अध्ययनरत विद्यार्थी सम्मिलित है।

- **योजना का उद्देश्य:—** राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों में अध्ययनरत विद्यार्थियों की दुर्घटना में मृत्यु अथवा शारिरिक क्षतियों की दशा में विद्यार्थियों के माता/पिता/संरक्षक को बीमा लाभ उपलब्ध करवाने के उद्देश्य से प्रारम्भ की गई।
- **योजना हेतु विद्यार्थी की परिभाषा :—** विद्यार्थी से तात्पर्य दुर्घटना के दिन राजस्थान राज्य में स्थित किसी भी राजकीय विद्यालय की नामांकन पंजिका में दर्ज विद्यार्थी से है। राज्य सरकार द्वारा संचालित राजकीय विद्यालयों में अध्ययनरत विद्यार्थी इस योजना में शामिल है।
- **योजना के कुछ महत्वपूर्ण बिन्दु:—**
  1. योजना का संचालन राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, राजस्थान, जयपुर (साधारण बीमा योजना) द्वारा किया जा रहा है।
  2. योजना का नवीनीकरण प्रत्येक वर्ष 15 अगस्त को किया जाता है।
  3. विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत दुर्घटना में विद्यार्थी की मृत्यु अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों की दशा में योजना के प्रावधानों के अनुसार राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा योजना) द्वारा जारी परिपत्र (संलग्न) व प्रतिवर्ष जारी पॉलिसी के अनुसार ही बीमाधन भुगतान किया जाता है।
- **आवश्यक दस्तावेज एवं प्रक्रिया:—** दुर्घटना की स्थिति में राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, राजस्थान, जयपुर द्वारा जारी दावा प्रपत्र छात्र/अभिभावक संरक्षक के द्वारा प्रधानाध्यापक/प्रधानाचार्य स्वयं हस्ताक्षरित कर सम्बन्धित मुख्य ब्लॉक शिक्षा अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी माध्यमिक मुख्यालय/जिला शिक्षा अधिकारी प्रारम्भिक शिक्षा के प्रति हस्ताक्षर एवं अग्रेक्षण पत्र के साथ सम्बन्धित जिले के राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, कार्यालय को अविलम्ब प्रेषित करें। प्रकरण के साथ निम्नांकित दस्तावेज संलग्न करें:—
  1. बीमा के क्लेम करने हेतु राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग, राजस्थान, जयपुर द्वारा जारी दावा प्रपत्र (संलग्न)
  2. एफ.आई.आर की प्रति।
  3. पोस्टमार्टम की रिपोर्ट की प्रति।
  4. मृत्यु प्रमाण पत्र
  5. संस्था प्रधान का प्रमाण पत्र
  6. दावेदार के बैंक पासबुक की प्रति।
  7. विद्यालय द्वारा विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना की फीस के चालान की प्रति।

संलग्न:— उपरोक्तानुसार

(सौरभ स्वामी)
आइ.ए.एस
निदेशक,
माध्यमिक शिक्षा, राजस्थान
बीकानेर

159

क्रमांक–शिविरा / माध्य / छा.प्रो.प्र / सेल–E / विद्यार्थी दुर्घटना बीमा / 2018–19 दिनांक: 11/03/2020

प्रतिलिपि सूचनार्थ एवं अग्रिम कार्यवाही हेतु –

1. निदेशक, प्रारम्भिक शिक्षा निदेशालय, राजस्थान, बीकानेर
2. शासन उप सचिव, शिक्षा(ग्रुप–1)विभाग, जयपुर।
3. शासन उप सचिव, शिक्षा(ग्रुप–1)विभाग, जयपुर।
4. समस्त संयुक्त निदेशक स्कूल शिक्षा, संभाग मुख्यालय को लेख है कि योजना के व्यापक प्रचार व विस्तार हेतु अधीनस्थ समस्त कार्यालय को निर्देशित करें।
5. समस्त मुख्य जिला शिक्षा अधिकारी एवं पदेन जिला परियोजना समन्वयक, समग्र शिक्षा अभियान अपने अधीनस्थ समस्त जिला शिक्षा अधिकारी माध्यमिक / प्रारम्भिक मुख्यालय, मुख्य ब्लॉक शिक्षा अधिकारी, राजकीय उच्च माध्यमिक विद्यालय, राजकीय माध्यमिक विद्यालय, राजकीय उच्च प्राथमिक, विद्यालय, राजकीय प्राथमिक विद्यालय योजना के व्यापक प्रचार व विस्तार हेतु निर्देशित करें।
6. समस्त जिला शिक्षा अधिकारी माध्यमिक / प्रारम्भिक मुख्यालय को योजना के विस्तार व प्रचार अधीनस्थ समस्त राजकीय विद्यालयों को निर्देशित करें।
7. सिस्टम एनालिस्ट, कम्प्यूटर अनुभाग को विभागीय वैबसाईट पर प्रकाशनार्थ।
8. वरिष्ठ संपादक शिविरा को पत्रिका में प्रकाशनार्थ।

11/3/2020

(मोहम्मद इस्माईल)
प्रभारी अधिकारी छात्रवृति
माध्यमिक शिक्षा, राजस्थान,
बीकानेर

राजस्थान सरकार
कार्यालय निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग,
राजस्थान जयपुर

## "विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना"
## (राजकीय विद्यालय)
## कक्षा 1 से 12 तक

1. विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थियों हेतु लागू है। इसके अंतर्गत कक्षा 1 से 12 तक के समस्त विद्यार्थी सम्मिलित हैं।
2. योजना का उद्देश्य:- राज्य के समस्त राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थियों की दुर्घटना में मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियों की दशा में विद्यार्थियों के माता/पिता/संरक्षक को बीमा लाभ उपलब्ध कराने के उद्देश्य से प्रारंभ की गई है।
3. योजना के संबंध में कुछ महत्वपूर्ण बिन्दु:-

(i) योजना का संचालन राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा योजना) द्वारा किया जा रहा है।
(ii) इस योजना के अन्तर्गत राजकीय विद्यालयों के कक्षा 1 से 12 तक के विद्यार्थियों हेतु बीमाधन 1 लाख रुपये निश्चित किया गया है।
(iii) योजना का नवीनीकरण प्रत्येक वर्ष 15 अगस्त से किया जाता है।
(iv) विद्यार्थी की मृत्यु अथवा योजना में उल्लेखित क्षतियों की स्थिति में पॉलिसी के प्रभावी रहने तक भारत में किसी भी स्थान और समय पर दुर्घटना घटित होने पर योजना का लाभ देय होगा।
(v) विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत दी जाने वाली क्षतिपूर्ति राशि अन्य किसी भी विधि विधान के अन्तर्गत दी जाने वाली क्षति पूर्ति राशि के अतिरिक्त होगी।
(vi) मृत्यु अथवा शारीरिक क्षति दोनों ही परिस्थितियों में दावा राशि विद्यार्थी के माता/पिता/संरक्षक को ही देय होगी।
(vii) राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक के कार्यालय जिला स्तर पर स्थित है। समस्त दावों का निस्तारण जिला कार्यालयों द्वारा किया जाता है।
(viii) विभाग द्वारा दावेदार के बैंक खाते में भुगतान किया जाता है।
(ix) दावा प्रपत्र दुर्घटना की तिथि से छः माह के अन्दर इस विभाग के संबंधित जिला कार्यालय में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।
(x) पॉलिसी अवधि में एक से अधिक दुर्घटना के होने पर बीमाधन से अधिक कुल राशि का भुगतान नहीं किया जावेगा।

4. योजना हेतु विद्यार्थी की परिभाषा:- विद्यार्थी से तात्पर्य दुर्घटना के दिन राजस्थान स्थित किसी भी राजकीय विद्यालय की नामांकन पंजिका में [illegible] विद्यार्थी से है। राज्य सरकार द्वारा संचालित राजकीय विद्यालयों में अध्ययनरत विद्यार्थी इस योजना के अन्तर्गत शामिल है।
5. विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत दुर्घटनाओं में विद्यार्थी की मृत्यु अथवा अन्य शारीरिक क्षतियों की दशा में योजना के प्रावधानों के अनुसार बीमाधन भुगतान किया जाता है।

योजना के अन्तर्गत दुर्घटना में हुई क्षति से आशय किसी ऐसी शारीरिक चोट से है, जो बाह्य, हिंसात्मक एवं दृश्य माध्यम (External, Violent and Visible Means) द्वारा लगी हो। शारीरिक चोट संदर्भित दुर्घटना से ही उत्पन्न हुई होनी चाहिए [illegible] दुर्घटना से पूर्व अस्तित्व में नहीं होनी चाहिए। स्पष्टतः योजना के अन्तर्गत केवल उन्हीं प्रकरणों पर विचार किया जावेगा जिनमें मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियाँ दुर्घटना से उत्पन्न होती है। यह स्पष्ट किया जाता है कि मृत्यु/क्षति का सीधा संबंध दुर्घटना से होना चाहिए। विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना का लाभ निम्न प्रकार की क्षतियों पर देय होगा--

| क्र.सं. | दुर्घटना में हुई क्षति का प्रकार | दुर्घटना पर देय लाभ/ बीमाधन प्रतिशत |
|---|---|---|
| 1 | दुर्घटना में मृत्यु हो जाने पर | 100000 रुपये |
| 2 | दुर्घटना में दोनों हाथों या दोनों पैरों या दोनों आँखों या एक हाथ एवं एक आँख अथवा एक पैर एवं एक आँख अथवा एक पैर एवं एक हाथ की क्षति पर | 100000 रुपये |
| 3 | दुर्घटना में एक हाथ अथवा एक पैर अथवा एक आँख की क्षति पर | 50000 रुपये |
| 4 | उपरोक्त क्षति के अलावा अन्य प्रकार की शारीरिक क्षति से बीमाकृत विद्यार्थी के सम्पूर्ण रूप से स्थायी [illegible] की दशा में | 100000 रुपये |
| 5 | आंशिक क्षति की दशा में | |
| (क) | श्रवण शक्ति की क्षति की दशा में:-<br>1. श्रवण शक्ति की पूर्ण क्षति (दो कानों की क्षति)<br>2. श्रवण शक्ति की क्षति (एक कान की पूर्ण क्षति) | <br>50000 रुपये<br>15000 रुपये |
| (ख) | एक हाथ के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति:-<br>1. एक हाथ के अंगूठे एवं चारों अंगुलियों (समस्त अंगुलास्थियों की क्षति)<br>2. एक हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त चारों अंगुलियों (समस्त अंगुलास्थियों की क्षति) | <br>40000 रुपये<br>35000 रुपये |
| (ग) | हाथ के अंगूठे की क्षति :-<br>1. दोनों अंगुलास्थियों की क्षति<br>2. एक अंगुलास्थी की क्षति | <br>25000 रुपये<br>10000 रुपये |

| | | |
|---|---|---|
| (म) | हाथ के अंगूठे के अतिरिक्त अन्य अंगुलियों की क्षति<br>1. किसी भी अंगुली की समस्त अंगुलस्थियों की क्षति पर<br>2. किसी भी अंगुली की दो अंगुलस्थियों की क्षति पर<br>3. किसी भी अंगुली की एक अंगुलस्थी की क्षति पर | <br>10000 रुपये<br>8000 रुपये<br>4000 रुपये |
| (य) | पांव के अंगूठे एवं अंगुलियों की क्षति की दशा में<br>(1) दोनों पांवों की समस्त पादांगुलियों की क्षति (समस्त अंगुलस्थियों की क्षति)<br>(2) पांव के एक अंगूठे की क्षति (दोनों अंगुलस्थियों की क्षति)<br>(3) पांव के एक अंगूठे की क्षति (एक अंगुलस्थी की क्षति)<br>(4) अंगूठे के अतिरिक्त पांव की एक अथवा अधिक अंगुलियों की क्षति (दोनों अंगुलस्थियों की क्षति) | <br>20000 रुपये<br>5000 रुपये<br>2000 रुपये<br>1000/–<br>प्रति अंगुली |
| (र) | जलने के कारण क्षति :–<br>(1) सम्पूर्ण शरीर के 50 प्रतिशत या अधिक जलने पर<br>(2) सम्पूर्ण शरीर के 40 प्रतिशत से अधिक किन्तु 50 प्रतिशत से कम जलने पर<br>(3) सम्पूर्ण शरीर के 30 प्रतिशत से अधिक किन्तु 40 प्रतिशत से कम जलने पर | <br>50000 रुपये<br>40000 रुपये<br>30000 रुपये |
| (ल) | उपर्युक्त के अतिरिक्त दुर्घटना में आयी चोट के परिणामस्वरूप 24 घण्टे से अधिक चिकित्सालय (सरकारी या प्राईवेट) में भर्ती रहने पर | अधिकतम 5000 रु. तक |
| उक्त योजना में पॉलिसी अवधि के अन्तर्गत दुर्घटनावश मृत्यु होने अथवा क्षति होने पर 100% बीमाधन से अधिक लाभ देय नहीं होगा। | | |

6. अपवर्जन (जिन परिस्थितियों में लाभ देय नहीं है।) :– योजना के अन्तर्गत प्राकृतिक रूप से बीमारी के कारण से होने वाली मृत्यु अथवा शारीरिक क्षतियों पर लाभ देय नहीं होगा।

उदाहरणार्थ:–

(क) हृदय गति रूक जाने से होने वाली मृत्यु।

(ख) विभिन्न बीमारियों जैसे कैंसर, टीबी इत्यादि से होने वाली मृत्यु अथवा अन्य क्षतियॉं।

(ग) आत्मक्षति, आत्महत्या या आत्महत्या का प्रयास, पागलपन अथवा किसी विद्यार्थी द्वारा नशीले द्रव्य के प्रयोग के प्रभाव से होने वाली क्षति।

(घ) चिकित्सा अथवा शल्य क्रिया के दौरान होने वाली मृत्यु अथवा क्षति।

(ङ) नाभिकीय विकीरण अथवा परमाणविक अस्त्रों से होने वाली मृत्यु अथवा क्षति।

(च) युद्ध, विदेशी आक्रमण, विदेशी शत्रु के कृत्यों, गृह युद्ध, देश द्रोह अथवा राष्ट्र विरोधी गतिविधियों से होने वाली मृत्यु अथवा क्षति।

(छ) विद्यार्थी द्वारा आपराधिक उद्देश्य से विधि द्वारा निर्धारित कानून का उल्लंघन करते समय हुई मृत्यु अथवा क्षति।

7. विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत:–

1. हाथ की क्षति से आशय:– हाथ की कलाई से अथवा ऊपर से पार्थक्य
2. पैर की क्षति से आशय:– पैर की एड़ी अथवा ऊपर से पार्थक्य

8. पॉलिसी संचालन हेतु प्रक्रिया:–

(i) योजना के अन्तर्गत विद्यालयों में चालू शिक्षण सत्र के सभी नामांकित विद्यार्थियों को इस योजना के अन्तर्गत लाभ मिलेगा।

(ii) दुर्घटना में हुई क्षति/हानि के लिये दावों के निस्तारण का कार्य राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि (साधारण बीमा निधि) विभाग के जिला कार्यालयों द्वारा किया जावेगा।

(iii) दुर्घटना की स्थिति में दावा प्रपत्र छात्र/अभिभावक/संरक्षक के द्वारा दुर्घटना के प्रधानाध्यापक/प्राचार्य से हस्ताक्षरित एवं सम्बन्धित ब्लॉक प्रारम्भिक शिक्षा अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी से प्रति हस्ताक्षरित होकर इस विभाग के जिला कार्यालय में प्राप्त होना आवश्यक है।

(iv) दुर्घटना में मृत्यु की स्थिति में मृत्यु दावा प्रपत्र के प्रत्येक कॉलम की पूर्ति की जावे तथा दावेदार (माता, पिता, संरक्षक) द्वारा हस्ताक्षर किये जावें। दावा प्रपत्र के साथ मृत्यु प्रमाण पत्र पुलिस में दर्ज कराई गई रिपोर्ट एवं पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रमाणित प्रति तथा अन्य वांछित दस्तावेजों की प्रति संलग्न की जावे।

(v) दुर्घटना में हुई शारीरिक क्षति एवं चिकित्सा व्यय की स्थिति में दावा प्रपत्र के प्रत्येक कॉलम की पूर्ति की जावे तथा दावेदार द्वारा हस्ताक्षर किये जावें। यदि दावेदार बालिग नहीं है तो माता, पिता, संरक्षक द्वारा हस्ताक्षर किये जावें। दावा प्रपत्र के साथ पुलिस में दर्ज करायी गई रिपोर्ट की प्रति, डॉक्टर का प्रमाण पत्र तथा चिकित्सा परिचर्या एवं डिस्चार्ज टिकिट व बिलों की प्रमाणित प्रति संलग्न की जावे।

(vi) विद्यार्थी का विद्यालय के नामांकन रजिस्टर में दुर्घटना के माह में नाम दर्ज होना व प्रधानाध्यापक या प्राचार्य द्वारा यह प्रमाणित किया जाना कि संबंधित विद्यार्थी दुर्घटना के समय विद्यालय का विद्यार्थी रहा है जोखिम वहन हेतु पर्याप्त प्रमाण होगा।

(vii) राज्य बीमा विभाग के संयुक्त/उप/सहायक निदेशक द्वारा विद्यालय के प्रधानाध्यापक या प्राचार्य के प्रमाण पत्र प्राप्त कर इसके पैरा (4) अथवा (5) में वांछित दस्तावेजों के आधार पर यह निर्णय किया जावेगा कि विद्यार्थी का दावा इस पॉलिसी के अन्तर्गत क्षतिपूर्ति हेतु योग्य है अथवा नहीं। तदनुसार ही भुगतान हेतु कार्यवाही की जावेगी।

(viii) विभाग के जिला कार्यालय के निर्णय से असंतुष्ट होने की स्थिति में दावेदार द्वारा निर्णय की दिनांक से 3 माह की अवधि में निर्णय के रिव्यू/रिविजन हेतु निदेशक राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग के समक्ष प्रार्थना पत्र प्रेषित किया जा सकेगा।

राजस्थान सरकार

# राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग (साधारण बीमा निधि)

## राजकीय विद्यालयों के विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना का दावा प्रपत्र

(विद्यार्थी के माता/पिता/संरक्षक/दावेदार द्वारा भरा जावे)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | अ. | विद्यार्थी का नाम, कक्षा एवं जन्म दिनांक | ................................................ |
| | ब. | पिता/माता/संरक्षक/दावेदार का नाम | ................................................ |
| | स. | नामांकन संख्या/दिनांक | ................................................ |
| 2. | अ. | दावेदार (पिता/माता/संरक्षक का नाम) | ................................................ |
| | ब. | बीमित विद्यार्थी से संबंध | ................................................ |
| | स. | बीमित विद्यार्थी के घर का पता | ................................................ |
| 3. | अ. | बीमित विद्यार्थी के विद्यालय का नाम व पता | ................................................<br>................................................ |
| | ब. | दुर्घटना से पूर्व शारीरिक अपंगता का विवरण | ................................................ |
| 4. | अ. | दुर्घटना का समय एवं दिनांक | ................................................ |
| | ब. | दुर्घटना का स्थान | ................................................ |
| | स. | दुर्घटना का पूर्ण विवरण (यहां दुर्घटना के संबंध में समस्त विवरण यथा दुर्घटना किस परिस्थिति में व कैसे घटित हुई निर्दिश्ट करें) | ................................................<br>................................................<br>................................................<br>................................................ |
| | द. | क्या दुर्घटना से पूर्व बीमित द्वारा किसी नशीले द्रव्य का सेवन किया गया था ? | ................................................ |
| | य. | चिकित्सालय का नाम, जहां उपचार किया गया। | ................................................ |
| 5. | | क्या दुर्घटना से सम्बन्धित पुलिस रिपोर्ट करवाई गई थी, क्या संलग्न कर दी गई है ? | ................................................ |
| 6. | | योजना के अन्तर्गत पूर्व में कोई लाभ प्राप्त किया गया है अथवा नहीं। (यदि हां तो कारण, राशि व दिनांक देवे।) | ................................................ |
| 7. | | (केवल मृत्यु की स्थिति में पूर्ति हेतु) | |
| | | अ. मृत्यु का समय, दिनांक एवं स्थान | ................................................ |
| | | ब. मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न करें | |
| | | स. क्या मृत्यु का पोस्टमार्टम किया गया था यदि हां तो क्या पोस्टमार्टम रिपोर्ट की प्रति संलग्न कर दी गई है। | |
| 8. | | (क्षति की स्थिति में पूर्ति हेतु) | |
| | | अ. ईलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण पत्र | ................................................ |
| | | ब. दवाईयों/जांच के मूल बिल | ................................................ |
| | | स. चिकित्सालय का डिस्चार्ज टिकिट | ................................................ |

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं ................................................(विद्यार्थी का नाम) का/की .......... .......................... (संबंध) हूँ एवं श्री/कुमारी .......................................... की मृत्यु/क्षति के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं उपरोक्त दुर्घटना से संबंधित मुझे ज्ञात कोई तथ्य मैंने छुपाया नहीं है। यदि उपरोक्त विवरण भविश्य में असत्य पाया जावे तो इसके लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होऊंगा/होऊंगी।

दावेदार के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम

दिनांक ________________

# विमुक्ति पत्र

(दावेदार द्वारा पूर्ति किया जावे)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी (विद्यार्थी का नाम) .................................................................... के जीवन पर जारी की गई विद्यार्थी सुरक्षा दुर्घटना बीमा योजना के अन्तर्गत भुगतान के संबंध में समस्त अधिकारों को निदेशक, राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग की साधारण बीमा निधि इकाई को हस्तान्तरित करता/करती हूँ।

स्थान :

हस्ताक्षर दावेदार

दिनांक :

पूरा नाम ....................................

हस्ताक्षर प्रमाणित

(राजपत्रित अधिकारी द्वारा)

---

**संस्था प्रधान द्वारा प्रमाणीकरण**

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि दुर्घटना के संबंध में वर्णित उपरोक्त तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार सही है। श्री/कुमारी.......................................................................... (विद्यार्थी का नाम) इस संस्था में कक्षा .................................. का विद्यार्थी है/था एवं विद्यार्थी का नामांकन संख्या .................... दिनांक .......................... है। दुर्घटना से पूर्व विद्यार्थी किसी हाथ, पांव, कान, ऑख की अपंगता से ग्रस्त था/नहीं था (यदि था तो विवरण अंकित करें)। विद्यार्थी सुरक्षा बीमा योजना के अन्तर्गत बीमित था एवं दावेदार बीमित विद्यार्थी का/की ........................(संबंध) है। बीमेदार की मृत्यु दिनांक ...................... को ..............................................(कारण) से हो गई है। विद्यार्थी की जन्म तिथि विद्यालय रिकार्ड के अनुसार ........................ है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उक्त विद्यार्थी का प्रीमियम बैंक डीडी संख्या ......................दिनांक ........... .................. के द्वारा राज्य बीमा एवं प्रा.नि. विभाग के .............................. कार्यालय में दिनांक ............................ को जमा कराया गया था एवं विभाग द्वारा जारी पालिसी संख्या .................... दिनांक ......................... के साथ संलग्न सूची में क्रम संख्या .................... पर उक्त विद्यार्थी का नाम अंकित है (अनुदानित/गैर अनुदानित शिक्षण संस्था से संबंधित होने पर पूर्ति करें)

हस्ताक्षर
प्राचार्य/प्रधानाध्यापक
मोहर सहित

प्रति हस्ताक्षर
ब्लॉक शिक्षा अधिकारी/जिला शिक्षा अधिकारी
मय मुहर
(केवल राजकीय विद्यालय की स्थिति में)

(दावा प्रपत्र 6 महिने में भरकर जमा करवाना होगा)

GOVERNMENT OF RAJASTHAN
STATE INSURANCE PROVIDENT FUND DEPARTMENT
(GENERAL INSURANCE FUND)
2nd FLOOR,'D' BLOCK,VITTA BHAWAN,JANPATH,JAIPUR. PHONE 2740219,2740292

# STUDENT SAFETY ACCIDENTAL INSURANCE POLICY
## (CLASS 9 TO 12)
Policy No. GIF/81/SSI/2019-20/08

WHEREAS the Insured named in the Schedule hereto (hereinafter called the insured) has made and/or caused to be made to the State Insurance & Provident Fund Department (General Insurance Fund), Jaipur (hereinafter called the General Insurance Fund) proposals and/or declaration dated as stated in the Schedule hereto which together with any statements and warranties contained therein shall be the basis of this contract and is/are deemed to be incorporated herein, for the insurance hereinafter set forth in respect of persons detailed in the Schedule of insured Persons (hereinafter called the Insured Persons).

NOW THIS POLICY WITNESSETH that subject to and in consideration of the payment made or agreed to pay to the General Insurance Fund the premium for the period stated in the Schedule or for any further period for which the General Insurance Fund may accept payment for the renewal of this policy and Subject to the terms, provisions, exceptions and conditions General Insurance Fund shall pay to the INSURED to the extent and in the manner hereinafter provided that if any of the Insured persons shall :-

1. Sustain any bodily injury resulting solely and directly from accident caused by external, violent and visible means, the sum hereinafter forth in respect of any of the Insured Persons specified in the Schedule.
   a) If such injury shall within twelve calendar months of its occurrence be the sole and direct cause of the death of the insured person the Capital Sum insured stated in the Schedule hereto applicable to such Insured Person.
   b) if such injury within twelve calendar months of its occurrence be the sole and direct cause of the total and irrecoverable loss of :
      i) Sight of both eyes, or of the actual loss by physical separation of the two entire hands or two entire feet, or of one entire hand and one entire foot, or of such loss of sight of one eye and such loss of one entire hand or one entire foot, the Capital Sum Insured stated in the Schedule hereto applicable to such Insured Person.
      ii) Use of two hands or two feet, or of one hand and one foot, or of such loss of sight of one eye and such loss of use of one hand or one foot, the Capital Sum Insured stated in the Schedule hereto.
   c) If such injury shall within twelve calendar months of its occurrence be the sole and direct cause of the total and irrecoverable loss of :
      i) the sight of one eye, or of the actual loss by physical separation of one entire hand or one entire foot, fifty percent(50%) of the Capital Sum Insured stated in the Schedule hereto applicable to such Insured person.

NOTE : For the purpose of Clauses(b) and (c)above, 'physical separation' of a hand of foot means separation of hand at or above the wrist and/or of the foot at or above the ankle.

   d) If such injury shall, as a direct consequence thereof, immediately permanently totally and absolutely, disable the Insured Person from engaging in being occupied

with or giving attention to any employment or occupation of any description whatsoever, then a lump sum equal to hundred percent (100%) of the Capital Sum Insured stated in the Schedule hereto applicable to such Insured Person.

c) If such injury shall within twelve calendar months of its occurrence be the sole and direct cause of the total and irrecoverable loss of use or of the actual loss by physical separation of the following, then the Capital Sum Insured applicable to such Insured Person in the manner indicated below:

| | Benefit/Compensation payable Rs. (For Class 9 to 12) |
|---|---|
| a) Loss of hearing : | |
| i) Both ears | 50000/- |
| ii) One ear | 15000/- |
| b) Loss of thumb and finger of hand : | |
| i) Loss of four fingers and thumb of one hand (All phalanges) | 40000/- |
| ii) Loss of four fingers except thumb (All phalanges) | 35000/- |
| c) Loss of thumb : | |
| i) One thumb (both phalanges) | 25000/- |
| ii) One thumb (One phalanx) | 10000/- |
| d) Loss of Fingers except thumb : | |
| i) Any finger (All phalanges) | 10000/- |
| ii) Any finger (Two phalanges) | 8000/- |
| iii) Any finger (One phalanx) | 4000/- |
| e) Loss of toes of any leg : | |
| i) Including great toe (All phalanges) | 20000/- |
| ii) One great toe (Both phalanges) | 5000/- |
| iii) One great toe (One phalanx) | 2000/- |
| iv) Toes except great toe(Both phalanges) | 1000/- (Per toe) |
| f) Loss due to burning : BURNS | |
| i) 50% or more of entire body | 50000/- |
| ii) 40% or more but less than 50% of entire body | 40000/- |
| iii) 30% or more but less than 40% of entire body | 30000/- |

**Treatment Expenses & Re-embursement in Accident :-**
In addition to above a claiment injured by accident must be admitted in Hospital more than 24 hours than he entitile to get the medical re-embursement amount maximum Rs. 5000/-.

## EXCEPTIONS

PROVIDED ALWAYS THAT:
The General Insurance Fund shall not be liable under this policy for :

1. Compensation under more than one of the foregoing sub-clauses in respect of the same period of disablement of the Insured Person.
2. Any other payment to the same person after a claim under one of the Sub-clauses(a).(b),(c) or (d) or (e) has been admitted and become payable.
3. Any payment in case of more than one claim in respect of such Insured Person under the policy during any one period of insurance by which the maximum liability of the General Insurance Fund specified in the Schedule applicable to such Insured Person exceed the sum payable under sub-Clause(a) of this policy to such Insured Person.

Payment of compensation in respect of Death, injury or Disablement of the Insured Person (a) from intentional self-injury, suicide or attempted suicide. (b) whilst under the influence of intoxication liquor or drugs or any such substances whether directly or indirectly caused by or contributed to by it, (c) whilst engaging in Aviation or Ballooning. or whilst mounting into, dismounting from or travelling in any balloon or aircraft other than as a passenger(fare paying or otherwise) in any duly licensed standard type of aircraft any where in the world. (d) directly or indirectly caused by any diseases or insanity. (e) arising or resulting from the Insured Person committing any breach of law with Criminal intent.

5. Payment of compensation in respect of death, injury or Disablement of the Insured Person due to or arising out of or directly or indirectly connected with or traceable to War. Invasion. Act of foreign enemy and Hostilities (whether war be declared or not).

6. Payment of compensation in respect of death of, or bodily injury or any disease or illness to the insured Person:

   a) Directly or indirectly caused by or contributed to by or arising from and ionising radiations or contamination by radioactivity any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel. For the purpose of this exception, combustion shall include any self-sustaining process of nuclear fission.

   b) Directly or indirectly caused by or contributed to by or arising from nuclear weapons materials.

   Provided also that the due observance and fulfilment of the terms and conditions of this policy (which condition and endorsements hereon are to be read as part of this policy) shall so far as they relate to anything to be done or not to be done by the Insured and/or Insured Person be a condition precedent to any liability of the General Insurance Fund under this policy.

7. **Surgical Exclusion Clause :**

   The Insurance under this policy shall not extend to cover death or disablement resulting directly or indirectly caused by, contributed to or aggravated or prolonged by any Surgical Operation.

8. The death caused by an accident in case the applicant has been travelling by unauthorised means of transportation e.g. over- crowded Jeep, Jugad, roof of bus or train etc. etc.

## CONDITIONS

1. Persons who can be Claimants :-

   (1) Father, Mother or Spouse of the insured can be claimants.

   (2) Other person are entitled to be claimants if no relation mentioned in (1) above is alive at the time of death of insured.

   Note (i) 'Step' mother, father, brother, sister.

   Note (ii) Claim by any person if relation as mention in Rule 1(1) is alive shall be deemed to be null & void.

2. Upon the happening of any event which may give rise to a claim under this policy, written notice with all particulars must be given to the GIF immediately. In case of death, written notice also for the death must, unless reasonable cause is shown, be given before internment/cremation and in any case, with one calendar month after the death and in the event of loss of sight or amputation of limbs written notice thereof must also be given within one calendar month after such loss of sight or amputation.

3. Proof satisfactory to the Fund shall be furnished of all matters upon which a claim is based. Any medical or other agent or investigator/officers of the Fund shall be allowed to examine the proximate cause & circumstance evidence for insured person(s) on the occasion of any alleged injury of disablement/death when and so often as the same may reasonably be required on behalf of the Fund and in the event death to make a post-

mortem examination of the body of the insured person(s). Such evidence as the Fund may from time to time require shall be furnished immediately. No sum payable under this policy shall carry interest.

4. Provided that the within mentioned policy covers up the happening of any event which may give rise to a claim under this policy written notice with all particulars must be given to the Fund immediately and claim form with all satisfactory proofs i.e. death certificate, PMR, treatment report ,FIR, FR/challan, Panchnama, nakshamoka, witness statement etc. be submitted within 6 months from the date of incident. In case of justified reasons for delay in submission of claim all such documents /information must be submitted to the fund within 12 months alongwith mentioning the reasons of delay otherwise claim to be closed as "No claim". No claim form would be entertained after 12 months.

5. The Fund shall not be liable to make any payment under this policy in respect of any claim, if such claim be in any manner fraudulent or supported by any fraudulent statement or device, whether by the insured or by any person on behalf of the insured person(s).

6. If any difference shall arise as to the amount to be paid under this policy, (liability being otherwise admitted) Such differences shall independently of all other questions be referred to the decision of State Government and the decision of the state Govt. will be final and abiding to all concerned.

7. It is hereby expressly stipulated and declared that it shall be a condition precedent to any right of action or suit upon this policy that the claimant shall first file an application for review/revision against the decision of repudiation before the Commissioner/Director of the fund within 3 months from the date of decision.

8. It is also hereby further expressly agreed and declared that if the Fund shall disclaim liability to the insured/claimant(s) for any claim hereunder and such claim shall not within 6 calendar months from the date of such disclaimer have been made the subject matter of a suit in a court of law, then the claim shall for all the purpose be deemed to have been abandoned and shall not thereafter be recoverable hereunder.

9. "The onus of proving the death by the accident will lie with the applicant" which means that it will be duty of the applicant to lodge an F.I.R., get a post-mortem done etc. to substantiate the claim that the death was by accident.

10. "The department will not be liable for interest on the sum assured of the policy for delays caused bonafide or by the process of law or by the redressal of grievances from the courts of law".

Examined by
(कमल राजवाणी)

निदेशक
AUTHORISED SIGNATORY
जयपुर

FILE:D:\GPA_POLICY\SSAI_9-12_19-20

GOVERNMENT OF RAJASTHAN
STATE INSURANCE & PROVIDENT FUND DEPARTMENT
(GENERAL INSURANCE FUND)
'D' BLOCK, 2nd FLOOR, VITTA BHAWAN, JANPATH, JAIPUR
Phone:- 0141 2740219, Fax:- 0141 2740292

## STUDENT SAFETY ACCIDENT INSURANCE POLICY SCHEDULE

POLICY NO. : GIF/81/GPA/SSI/2019-20/08

| | | |
|---|---|---|
| Name of the Insured & Address | : | Director,<br>Secondary Education Rajasthan,<br>Bikaner. |
| Period of Insurance | : | 15.8.2019 to 14.8.2020 |
| Premium | : | Premium = **26248505/-** |
| No. of Insured Students | : | All Students of the State Government Schools studing in class. |
| (Insured student should mean and Include, all those who are and Continue to be on the rolls of the Institution at inception and during the currency of the policy.) | : | 9 to 12. |
| Sum Assured | : | Any one Insured Student Rs. 100000/-. |
| Terms & Conditions of the Policy as mentioned in the attached policy document | : | Premium received by B.T.vide Budget Head 2202-02-789-11-00 Rs. 4761000/-, vide BH 2202-02-796-13-00 Rs. 3468000/- and vide 2202-02-109-13-00 Rs. 18020000/- dated 14.8.2019. Excess Amount Recd. Rs. 495/-. |

PLACE : JAIPUR
DATE :

AUTHORISED SIGNATORY
निदेशक
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग
(साधारण बीमा निधि)
जयपुर

Examined by ..............................

FILE:D:\GPA_POLICY\SSAI_9-12_19-20