

हिमाचल प्रदेश सरकार ग्रामीण क्षेत्रों के गरीब परिवारों के लिए सामाजिक सहायता कार्यक्रम :

मातृ शक्ति बीमा योजना- :राष्ट्रीय परिवार सहायता कार्यक्रम- ग्रामीण विकास विभाग

1. मातृशक्ति बीमा योजना

प्रदेश की भौगोलिक व आर्थिक स्थितियों को देखते हुए दूरदराज के क्षेत्रों में रहने वाली महिलाओं की सुरक्षा की दृष्टि से हिमाचल प्रदेश सरकार ने (मातृशक्ति बीमा योजना) नामक महिला बीमा योजना प्रारम्भ की है। इसका बीमा सम्बन्धी पूर्ण व्यय सरकार द्वारा वहन किया जा रहा है। इस योजना के अन्तर्गत हिमाचल प्रदेश के **गरीबी रेखा से नीचे रह रहे परिवारों की महिलाओं को लाभान्वित किया जा रहा है।**

पात्रता

यह योजना केवल महिलाओं के लिए है। इस योजना के अन्तर्गत 10 वर्ष से 85 वर्ष तक की आयु वाली महिलाएं, जो गरीबी रेखा से नीचे हैं, लाभ के लिए पात्र हैं।

क्षेत्र विस्तार

यह योजना परिवार की महिला को उसकी मृत्यु या अपंगता जो निम्न कारणों से हुई हो, को राहत प्रदान करती है:-

- (क) 1. दुर्घटना से (किसी भी प्रकार से)
2. किसी भी प्रकार की शल्य चिकित्सा के दौरान जैसे कि नलबन्दी, सिजेरियन, गर्भाशय, वक्षस्थल निकालने से, बशर्ते मृत्यु आप्रेशन के सात दिन के भीतर हुई हो।
3. प्रजनन के समय किसी भी प्रकार की दुर्घटना से।
4. डूबने से, बाढ़ में बहने से, भू-स्खलन, कीटडंक, सर्प डंक, भूचाल, आंधी तूफान से।

(ख) यह बीमा कवच 24 घण्टे के आधार पर सभी प्रकार की दुर्घटनाएं चाहे कहीं भी हो जैसे कि घर पर, बाहर किसी कार्य में सम्मिलित होने पर व्यवसायिक कार्य,किसी भी साधन द्वारा यात्रा से बाहरी तथा दृष्टिगत हुए दुर्भाग्यपूर्ण तरीके से होने पर उपलब्ध है।

बीमाकृत राशि

1. मृत्यु पर 1,00,000/-रूपये
2. पूर्ण स्थाई अपंगता 1,00,000/-रूपये
3. एक आंख या एक अंग या दोनों अंगों की क्षति होने पर 1,00,000/-रूपये
4. एक आंख या एक अंग की क्षति पर 50,000/-रूपये
5. पति की मृत्यु पर 1,00,000/-रूपये

अतिरिक्त विशेषताएं:-

यह योजना विवाहित महिला के पति की दुर्घटना मे हुई मृत्यु पर भी लागू होगी
50,000/-रूपये की देय होगी।

दावे की प्रक्रिया:

सम्बन्धित क्षेत्र के **खण्ड विकास अधिकारी** इस योजना के नोडल अधिकारी हैं। सभी दावे **खण्ड विकास अधिकारी** के माध्यम से अधियत होंगे। दावा प्रपत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेज लगाने अनिवार्य होंगे:-

मृत्यु की स्थिति में:

- (1) मृतक के उत्तराधिकारी द्वारा नोडल अधिकारी को सूचना 30 दिनों के अन्दर।
- (2) दावा पत्र
- (3) मृत्यु प्रमाण पत्र
- (4) ग्राम पंचायत प्रधान से मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र।
- (5) ग्राम पंचायत प्रधान द्वारा जारी किया गया उत्तराधिकार प्रमाण पत्र।
- (6) बी.पी.एल प्रमाण पत्र

चोट लगने की स्थिति में:

- (1) दावेदार से नोडल अधिकारी को सूचना।
- (2) दावा पत्र
- (3) चिकित्सा अधिकारी द्वारा अपंगता का प्रमाण पत्र।
- (4) ग्राम पंचायत प्रधान से चोट के कारण का प्रमाण पत्र।
- 5 बी.पी.एल प्रमाण पत्र

पति की मृत्यु की स्थिति में:

- (1) दिवंगत के पत्नि द्वारा नोडल अधिकारी को सूचना।
- (2) दावा पत्र
- (3) मृत्यु प्रमाण
- 4 बी.पी.एल प्रमाण पत्र

Intimation of claim :

The event of a claim the concerned BDO shall forward the claim to DRDA Head office who will settle the claims. The claim amount will be sent by the Director RDD Shimla to the BDO concerned for disbursement to the claimant.

CLAIM SETTLEMENT

The payment of compensation shall be made to the nominee of the deceased or as confirmed and certified by the concerned nodal authority within 14 days of submission of required claim paper and supporting documents.

ALL DOCUMENT TO BE COUNTERSIGNED BY bdo AND TO BE SUBMITTED WITHIN 120 DAYS OF OCCURRENCE RDD WILL PASS CLAIM WITHIN 14 DAYS OF COMPLETION OF CLAIM FORMALITIES.

ANNEXURE-I

CLAIM INTIMATION

To

The Director,
Rural Development Department,
Himachal Pradesh, Shimla-9

Subject:

INTIMATION OF CLAIM UNDER MATRI SHAKTI BIMA YOJNA

Dear Sir/Madam.

This is to inform you that Kumari/Smt./Shri _____ Daughter/ Husband of _____ resident of village _____ Post office _____ Tehsil _____ Distt. Solan (H.P) has died/suffered Parmanent total disablement//suffered loss of sight of both eyes/loss two limbs/loss of sight of one eye and one limb/loss of sight on one eye or loss of limb due to ACCIDENT which occurred on _____ at _____ .

CERTIFICATE

This is to inform you that Kumari/Smt./Shri _____ Daughter/Husband of _____ resident of village _____ Post office _____ Tehsil _____ Distt. Solan (H.P) is a member of IRDP/BPL family and is covered under the MATRI SHAKTI BIMA YOJNA.

Dated _____

(SIGNATURE AND SEAL OF THE BDO.)

GOVERNMENT OF HIMACHAL PRADESH
RURAL DEVELOPMENT DEPARTMENT
27-SDA COMPLEX , SHIMLA-171009

MATRI SHAKTI BIMA YOJNA ACCIDENT CLAIM FORM

CLAIM NO. _____

NAME OF INJURED/DECEASED PERSON _____

WIFE OF/DAUGHTER OF /HUSBAND OF _____

PERMANENT ADDRESS _____

1- PARTICULARS OF ACCIDENT :

1) PLACE OF ACCIDENT _____

2) DATE AND TIME OF ACCIDENT _____

3) DETAILED CAUSE OF ACCIDENT _____

4) DATE AND TIME OF DEATH _____

IN CASE OF DISABLEMENT :

1) NATURE OF INJURIES SUSTAINED _____

2) NATURE OF DISABLEMENT _____

3) THE NAME AND ADDRESS OF ATTENDING DOCTOR

PARTICULARS OF F.I.R LODGED

1) FIR NUMBER _____

2) POLICE STATION _____

I THE UNDERSIGNED DO HERBY DECLARE THAT THE FORESAID PARTICULARS ARE TRUE AND CORRECT OF THE REST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

DATED :

SIGNATURE OF THE INSURED/CLAIMANT

SIGNATURE AND SEAL OF THE B.D.O

