



युनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

(साधारण बीमा निगम की सहायक कम्पनी) / (A Subsidiary of General Insurance Corporation of India)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : 24 वाइट्स रोड, चेन्नई - 600 014 Regd. & Head Office : 24, Whites Road, Chennai-600 014

क्षेत्रीय कार्यालय : सहारा चैम्बर्स टॉक रोड, जयपुर-302015 Regional Office : Sahara Chambers, Tonk Road, Jaipur-302015

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-दावेदार का कथन

(इस फार्म को देने का अर्थ जिम्मेदारी स्वीकारना नहीं। कृपया इस फार्म को हर तरह से पूरा करके अस्पताल या चिकित्सा-सहायक से लिये गये मृत्यु-प्रमाण पत्र, पोस्ट-मोर्टम सर्टिफिकेट यदि हो तो पुलिस पंचनामे के साथ लौटा दीजिए। अगर किसी फार्म को लेने में देर लगती है तो कृपया दावे के इस फार्म को बीमा पॉलिसी देने वाले कार्यालय में पहले भेज दीजिए।)

Jaipur Regional Office (Personal Accident Insurance - Claimants Statement)

(The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return this form duly completed together with Death Certificate form the Hospital of the Medical Attendant, Post Mortem Certificate and Police Panchanama, if any, should there be delay in obtaining any forms, kindly return this claim form first to the Office which issued the policy.)

दावा संख्या / Claim No.

बीमा पॉलिसी संख्या / Policy No.

1. (क) दावेदार का पूरा नाम (एक से अधिक हों तो सबके नाम लिखिए) (a) Name of Claimant in full. (If more than one, state names of all) (ख) डाक का पूरा पता (b) Full Postal Address (ग) मृतक के साथ दावेदार का सम्बन्ध (c) Relationship of Claimant with the deceased	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c)
2. किस प्रकार के बीमे (टाइटल) के अन्तर्गत दावेदार रकम पर दावा जता रहा है। State nature of title under which Claimant is claiming the amount.	

दुर्घटना में मृत बीमा किये गये व्यक्ति का विवरण

Particulars of the Insured Person who died in the Accident

3. (क) नाम (पूरा) (a) Name (in full) (ख) अंतिम डाकिया पता (b) Last full postal address (ग) अंतिम व्यवसाय/धंधा (c) Last Occupation (घ) दुर्घटना के समय आयु (d) Age at the time of the accident	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c) (घ) (d)
4. (क) दुर्घटना कब हुई ? (तारीख और सही समय दें) (a) When did the accident happen ? (Give date and exact time) (ख) दुर्घटना कहाँ हुई ? (b) Where did the accident happen ? (ग) दुर्घटना का पूरा विवरण, कारण तथा लगी चोटों की जानकारी दीजिए (c) Give full description of the accident, its cause and injuries sustained. (घ) तारीख, समय और स्थान जहाँ मृत्यु हुई (d) State date, time and place on death	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c) (घ) (d)
5. दावेदार की दुर्घटना की सूचना कब मिली और किससे ? On what date did the claimant receive information in regard to the accident and from whom ?	

6. दुर्घटना के साक्षी दो व्यक्तियों के नाम और पते दीजिए Give the name and address of two persons who witnessed the accident.	
7. (क) क्या मृतक व्यक्ति दुर्घटना के समय सभी व्याधि-पीड़ाओं से मुक्त था? यदि नहीं तो पूरा विवरण दीजिए। (a) Was the deceased free from infirmity at the time of accident if not, given particulars. (ख) क्या मृतक दुर्घटना के समय औषधि या शराब के नशे में था? (b) Was the deceased under the influence of drugs or drink at the time of the accident? (ग) क्या दावेदार को पूर्ण विश्वास है कि मृत्यु सीधी दुर्घटना से ही हुई है? (c) Is the claimant satisfied that the death was directly due to the accident.	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c)
(घ) इनके नाम और पते दीजिए : (d) Give the names and addresses of. (i) अस्पताल, उपचार गृह या नर्सिंग होम जहाँ मृतक का दुर्घटना के बाद इलाज किया गया। The Hospital, Clinic or Nursing Home where the deceased was treated after the accident. (ii) चिकित्सक/सर्जन जिसने दुर्घटना के बाद मृतक का उपचार किया। The Physician/Surgeon who attended on the deceased after the accident. (iii) उसका अपना नियमित चिकित्सक, यदि कोई हो। His regular Physician if any.	1 2 3
8. क्या मृतक ने और कोई दुर्घटना (जीवन) बीमा करवाया था? यदि हाँ, तो बीमा करने वाले/वालों का नाम और दावा की गयी राशि/राशियाँ लिखिए। Did the deceased have any other Accident Insurance of his life? If so, state the name of the insurer/s and amount/s claimed.	

मैं/हम स्वीकार करते हैं और घोषित करते हैं कि उपरोक्त प्रश्नों के सभी उत्तर सम्पूर्ण और हर दृष्टि से सही हैं।

I/We hereby affirm and declare that the answers to all the above questions are full and true in every respect.

स्थान/Place

तारीख/Date

गवाह/Witnesses

दावेदार के हस्ताक्षर
Signature of Claimant

1. हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name

पता/Address

2. हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name

पता/Address