



युनाइटेड इंडिया इंश्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

पंजीकृत तथा प्रधान कार्यालय : 24 व्हाइट्स रोड, चेन्नई 600 014.
Regd. & Head Office : 24, Whites Road, CHENNAI - 600 014.

मंडलीय / शाखा कार्यालय :
Divisional/Branch Office

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा - दावेदार विवरण Personal Accident Insurance - Claimant's Statement

(इस प्रपत्र का निर्गमन देयता की स्वीकृति से संबंध नहीं है। कृपया इस प्रपत्र को विधिवत भरकर अस्पताल या चिकित्सा उपचारक के मृत्यु प्रमाण पत्र, शवपरीक्षा प्रमाण पत्र यदि कोई हो तथा पुलिस पंचनामा यदि कोई हो, के साथ लौटाये)

(The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return this form duly completed together with Death Certificate from the Hospital or the Medical Attendant, Post Mortem Certificate, if any and the Police Panchanama, if any)

दावा संख्या Claim No. :

पालिसी संख्या Policy No. :

- | | |
|---|-----|
| 1) (क) दावेदार का पूरा नाम (यदि एक से अधिक हो, तो सभी का नाम लिखें) | (क) |
| (a) Name of claimant (in full) (If more than one, state names of all) | (a) |
| (ख) पता | (ख) |
| (b) Address | (b) |
| (ग) मृतक के साथ दावेदार का संबंध | (ग) |
| (c) Relationship of claimant with the deceased | (c) |

- 2) दावे का स्वरूप बताएं जिसके अधीन दावेदार धनराशि का दावा कर रहा है
State nature of title under which claimant is claiming the amount

दुर्घटना में मृत बीमाकृत व्यक्ति का विवरण Particulars of the Insured Person who died in the accident

- | | |
|--|-----|
| 3) (क) पूरा नाम : | (क) |
| (a) Name (in full) | (a) |
| (ख) अंतिम पता | (ख) |
| (b) Last address | (b) |
| (ग) कारोबार | (ग) |
| (c) Occupation | (c) |
| (घ) दुर्घटना के समय आयु | (घ) |
| (d) Age at the time of the accident | (d) |
| 4) (क) दुर्घटना कब घटी? (दिनांक तथा ठीक समय बताएं) | (क) |
| (a) When did the accident happen? (give date and exact time) | (a) |
| (ख) दुर्घटना कहां घटी | (ख) |
| (b) Where did the accident happen | (b) |
| (ग) दुर्घटना का पूर्ण विवरण दें, इसका कारण तथा पहुँची हुई चोटें | (ग) |
| (c) Give full description of the accident, its cause and injuries sustained. | (c) |
| (घ) दिनांक, समय तथा मृत्यु का स्थान बताएं | (घ) |
| (d) State date, time and place of death. | (d) |

5) किस दिनांक को तथा किससे दावेदार का दुर्घटना के संबंध में सूचना प्राप्त हुई?
On what date did the claimant receive information in regard to the accident and from whom?

6) दुर्घटना के साक्षी दो व्यक्तियों के नाम तथा पते दें
Give the names and address of two persons who witnessed the accident.

- 7) (क) क्या दुर्घटना के समय मृतक बीमारी से मुक्त था, यदि नहीं तो विवरण दें। (क)
(a) Was the deceased free from infirmity at the time of accident? (a)
If Not, give particulars.
- (ख) क्या दुर्घटना के समय मृतक दवाओं या पेय के नशे में था। (ख)
(b) Was the deceased under the influence of drugs or drink at the time of accident? (b)
- (ग) क्या दावेदार को विश्वास है कि मृत्यु का प्रत्यक्ष कारण दुर्घटना थी। (ग)
(c) Is the claimant satisfied that the death was directly due to the accident. (c)
- (घ) निम्न के नाम तथा पते दिजिए : (घ)
(d) Give the names and addresses of : (d)
- (i) अस्पताल, क्लिनिक या उपचर्यागृह का नाम जहाँ मृतक का दुर्घटना के बाद उपचार कराया गया। (i)
The Hospital, Clinic or Nursing Home where the deceased was treated after the accident.
- (ii) शल्य चिकित्सक / चिकित्सक का नाम जिसने दुर्घटना के बाद मृतक का उपचार किया। (ii)
The Physician / Surgeon who attended on the deceased after the accident.
- (iii) उसका नियमित चिकित्सक, यदि कोई हो (iii)
His regular Physician if any

8. क्या मृतक के जीवन में कोई अन्य दुर्घटना हुई थी, यदि हाँ, तो बीमाकर्ता / ओं के नाम तथा दावा धनराशि / याँ बताएँ
Did the deceased have any other Accident Insurance on his life?
If, so, state the name of the insurer/s and amount/s claimed.

मैं / हम यह पुष्टि तथा घोषणा करता हूँ / करते हैं कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह पूर्ण तथा सत्य हैं।

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

स्थान / Place :

दिनांक / Date :

साक्षी / Witnesses

दावेदार के हस्ताक्षर

Signature of Claimant

1. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

2. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address