



ધી ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

(ભારત સરકારનું ઉપક્રમ)

રજિસ્ટર્ડ અને મુખ્ય કાર્યાલય : ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ બિલ્ડિંગ, ૮૭,
મહાત્મા ગાંધી માર્ગ, ફોર્ટ, મુંબઈ ૪૦૦ ૦૦૧

એફ.એન.એસી ૩૯

પોલિસી નંબર

શાખા/યુનિટ

વિકાસ/એજન્સી

દાવા નંબર

અંગત અકસ્માત વીમાનું દાવાનું ફોર્મ (અકસ્માતની વિગતો)

આ ફોર્મ ઈસ્યુ કરવાથી જવાબદારીની કબૂલાત બનતી.

વીમાદાર/દાવાદારે પૂરું કરવાનું

૧. (ક) વીમાદારનું નામ (પૂરું)
- (ખ) વીમાદાર વ્યક્તિનું નામ
(ફક્ત જૂથ વીમાની પોલિસી માટે)
- (ગ) પૂરેપૂરું સરનામું
- (ઘ) ધંધો અથવા વ્યવસાય
- (ચ) ઉંમર / છેલ્લી જન્મતારીખ
- (જ) બેન્કનો ખાતા નં.
- બેન્કનું નામ શાખા સ્થળ
- આઈએફએસસી કોડ
- પાના નં.....
- સંપર્ક માટે ટેલિફોન/મોબાઈલ ફોન નં.

૨.	પોલિસી નંબર	વીમાની રકમ	આવરણનું કોષ્ટક	મુદત
	(૧)			
	(૨)			

- ૩ (ક) અકસ્માતની તારીખ
- (ખ) અકસ્માતનો સમય
- (ગ) તે ક્યાં થયો ?
- (ઘ) સાક્ષીનું નામ-સરનામું

૪ અકસ્માત કેવી રીતે થયો ?

૫ થયેલી ઈજાનો પ્રકાર (અવયવ અથવા આંખને થઈ હોય તો ડાબું/ડાબી કે જમણું / જમણી તે જણાવો.

- ૬ (ક) અશક્તતાનો પ્રકાર
- (ખ) અશક્તતાનું પ્રમાણ
- (ગ) ઘરમાં રહેવાનું

તા.....થી તા..... સુધી

૭ સારવાર કરતા સર્જન/ડોક્ટરનું નામ-સરનામું

- ૮ (ક) તમે અકસ્માત વળતર આપતો બીજી કોઈ ઓફિસ/ઓફિસો પાસે વીમો લીધો છે?
- (ખ) જો લીધો હોય, તો કંપની / કંપનીઓનાં નામ-સરનામું તથા વીમાની રકમ જણાવો.

હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે મેં જાતે ઉપરનાં નિવેદનો કર્યા છે અને તે બધી રીતે સાચાં છે. મારે કંપનીને માહિતીગાર કરવી જ જોઈએ તેવું કંઈ મેં કંપનીથી છુપાવ્યું નથી. હું મારા રાબેતા મુજબના વ્યવસાયથી તદ્દન જરૂરી હોય તેટલા સમયથી વધારે અળગો રહ્યો નથી. હું કબૂલ કરું છું કે હું કંપનીને જરૂરી વધારે નિવેદનમાં હું ખોટાં અને કપટભર્યાં નિવેદન અથવા માહિતી દબાવતાં કે છુપાવતાં અથવા ખોટાં નિવેદન કરું તો પોલિસી અને દાવો રદબાતલ જશે અને મારો વળતરનો હક જમ થશે. હું આ દાવા સંબંધમાં હું કરું તે ઉપરનું નિવેદન કે બીજું કોઈ નિવેદનની સંપૂર્ણ સચ્ચાઈ અંગે જરૂરી હોય તો જસ્ટીસ ઓફ પીસ સમક્ષ વૈધાનિક નિવેદન કરવા ઈચ્છું છું.

વીમાદારની સહી.....

તારીખ :.....

સાક્ષીનું નામ :

સહી :

તારીખ :

સરનામું :

ટેલિફોન નંબર :

અકસ્માત નજરે જોનાર સાક્ષીએ આ પ્રમાણપત્ર ભરવું અને તેના પર સહી કરવી

હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી ને તા.....ના રોજ તેમણે પાછળ જણાવેલી રીતે અકસ્માત થયો હતો. તે અકસ્માત એ કર્યો હતો. તે તેમનું ઈચ્છાપૂર્વકનું કૃત્ય* હતું / ન હતું અને તે વખતે તે માદક દારૂની અસર* નીચે હતો / ન હતો.

★ જે લાગુ ન પડતું હોય તે છેકી નાખો

સહી :
સરનામું :
વ્યવસાય

તબીબી પ્રમાણપત્ર

વીમાદારે રજૂ કરેલા તબીબી પુરાવાથી તેના ખર્ચે દાવાને સમર્થન આપવું.

- ૧ (ક) દાવાદારનો પ્રકાર : (ખ) ઉંમર
- ૨ (ક) અકસ્માતનો પ્રકાર અને કારણ
(ખ) આંખ અથવા અવયવ હોય તો ડાબી / ડાબું કે જમણી / જમણું જણાવો
- (ગ) દેખાતી ઈજાઓ અકસ્માતના આપેલા અહેવાલ સાથે સુસંગત છે ?
- ૩ તમે દાવાદારને ઈજા માટે પ્રથમ કઈ તારીખે તપાસ્યા હતા ?
- ૪ દાવાદારને તેની કામગીરીના કોઈ ભાગ પર ધ્યાન આપવા સંપૂર્ણ મના ફરમાવી છે ?
- ૫ દાવાદાર તેની ઈજા ઉપરાંત બીજા કોઈ રોગ / માંદગીથી પીડાય છે ? તેમને એવી કોઈ માંદગી છે કે તે સાજા થવામાં બાધક નીવડે ?
- ૬ હાલની સ્થિતિ
- ૭ અકસ્માત થવાથી માંડી સંપૂર્ણ અશક્તતા કેટલી ચાલશે તેવું લાગે છે ?

ઉપરના નામવાળા વીમાદારને જાતે તપાસીને હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપરનાં નિવેદન સાચાં છે અને ઈજા પામેલી વ્યક્તિ ઉપરના અકસ્માતથી ખરેખર અશક્ત બની છે.

તારીખ

સહી.....

નામ.....

લાયકાત..... નોંધણી નં.....

સરનામું.....

ટેલિફોન નંબર

વિશેષ નોંધ

નોંધ : કાનૂની અર્થઘટન માટે અંગ્રેજી પાઠ માન્ય ગણાશે.