



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

પોલિસી નંબર :
નં.

અંગત અકસ્માતના વીમાનું દાવા પત્રક (અકસ્માતની વિગતો)

આ ફોર્મ ઈસ્યુ કરવાનો અર્થ જવાબદારી સ્વીકારી હોવાનો લેવાનો નથી.
વીમાદાર/દાવાકર્તા એ ભરવાનું.

<p>૧. વીમાદાર (ક) નામ : (ખ) સરનામું :</p>	
<p>૨ મૃત્યુ પામેલ / ઈજા થયેલ વ્યક્તિ (ક) નામ : (ખ) સરનામું : (ગ) વ્યવસાય : (ઘ) ઉંમર (પૂરાં વર્ષમાં) :</p>	
<p>૩ અકસ્માતની વિગતો : (ક) અકસ્માત ક્યાં અને ક્યારે થયો ? સમય / તારીખ / સ્થળ આપો. (ખ) અકસ્માતનું સંપૂર્ણ વર્ણન, તેનું કારણ અને થયેલી ઈજાની પૂરી વિગત આપો. (ગ) અકસ્માતની પોલીસને જાણ કરવામાં આવી છે? જો હા હોય, તો પોલીસ સ્ટેશનનું નામ આપો અને પ્રથમ માહિતી અહેવાલ(FIR)ની પ્રમાણિત નકલ બીડો (ઘ) મૃત્યુ થયું હોય તે બાબતમાં, જ્યાં શબપરીક્ષા કરવામાં આવી હતી તે હોસ્પિટલનું નામ (શબપરીક્ષા અહેવાલ અને મૃત્યુ પ્રમાણપત્રની પ્રમાણિત નકલો બીડો (ચ) સાક્ષીઓનાં નામ અને સરનામું</p>	
<p>૪. સારવાર (ક) આપેલી તબીબી સારવારની વિગત અને ડોક્ટર / હોસ્પિટલનું નામ-સરનામું આપો. (ખ) કંપનીના તબીબી અધિકારી ઈજા પામેલી વ્યક્તિની ક્યાં મુલાકાત લઈ શકશે તે જણાવો, જરૂરી હોય તો</p>	
<p>૫. અશક્તતા (ક) અશક્તતાનો પ્રકાર (ખ) અશક્તતાનું પ્રમાણ (ગ) પથારીવશ / ઘરમાં સીમિત (ઘ) કઈ તારીખથી સામાન્ય ફરજો બજાવી શકે ? (ચ) અશક્તિની હાલની સ્થિતિ</p>	
<p>૬ (ક) ઈજા પામેલી/મૃત્યુ પામેલી વ્યક્તિએ કોઈ દાવો કર્યો છે અથવા કોઈ પોલિસીઓ હેઠળ ભૂતકાળમાં અકસ્માત અથવા માંદગી માટે કોઈ વળતર મેળવ્યું છે ? મેળવ્યું હોય, તો વિગત આપો. (ખ) ઈજા પામેલી/મૃત્યુ પામેલી વ્યક્તિ બીજી કોઈ અકસ્માત પોલિસી ધરાવે છે કે કેમ તે જણાવો. ધરાવતા હોય, તો વીમા ઉતારનારનું/ના નામ જણાવો.</p>	

હું આથી એકરાર કરું છું કે ઉપર રજૂ કરેલી વિગતો મારી ઉત્તમ જાણકારી મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું કબૂલ કરું છું કે હું કોઈ ખોટું અને અસત્ય નિવેદન કરીશ તો દાવાના મારા હક સંપૂર્ણ જમ થશે.

તારીખ :

સહી.....

અકસ્માત નજરે જોનાર સાક્ષીને ભરવાનું અને તેણે સહી કરવાનું પ્રમાણપત્ર

હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રીને તા.....
 ૨૦.... ના રોજ તેણે પાછળ જણાવેલી રીતે અકસ્માત થયો ત્યારે હું હાજર હતો. તેથી થયો હતો.
 તે ઈચ્છાપૂર્વકનું કાર્ય હતું / ન હતું અને તે સમયે તે માદક દારૂની અસર હેઠળ હતો / ન હતો.

સહી.....

સરનામું.....

વ્યવસાય.....

તારીખ.....

તબીબી પ્રમાણપત્ર

દાવાને વીમાદારે પોતાના ખર્ચે તબીબી પુરાવાથી સમર્થિત કરવો.

૧	(ક) દાવાદારનું નામ (ખ) ઉંમર	
૨	(ક) નામ અને અકસ્માતનું કારણ (ખ) ઈજા / અશક્તતાનું પૂરેપૂરું વર્ણન (ગ) ઈજાઓ દેખાય છે તે અકસ્માત સાથે સુસંગત છે ?	
૩	આ ઈજા માટે તમે દાવાદારને પ્રથમ કઈ તારીખે સારવાર આપી ?	
૪	દાવાદારને સામાન્ય ફરજો બજાવવામાંથી સંપૂર્ણપણે અટકાવાયો હતો ? જો હા હોય, તો કેટલા સમય સુધી ?	
૫	દાવાદાર તેની ઈજા ઉપરાંત બીજા કોઈ રોગ અથવા માંદગીથી પીડાય છે ? સાજા થવામાં આડે આવે એવી કોઈ માંદગી કે સંજોગો છે ? હોય, તો વિગત આપો.	
૬	હાલની સ્થિતિ	
૭	અશક્તતા કાયમી છે ? તેમ હોય, તો અશક્તતાની ટકાવારી કેટલી છે ?	

ઉપરના નામવાળા વીમાદારને જાતે તપાસ્યા પછી હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપરનાં નિવેદનો સાચાં છે અને ઈજા પામેલી વ્યક્તિ દર્શાવેલા અકસ્માતથી ખરેખર અશક્ત બન્યો છે.

સ્થળ :

તારીખ :

સહી.....

નામ અને લાયકાત.....

નોંધણી નંબર.....

સરનામું.....

.....

.....