



नेशनल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
National Insurance Company Limited

(A Government of India Undertaking)

(पंजीकृत कार्यालय : 3, मिडिलटन स्ट्रीट, कोलकाता-700 071)
(Regd. Office : 3, Middleton Street, Kolkata-700 071)

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा दावा प्रपत्र

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

इस दावा प्रपत्र को भर कर कम्पनी के पॉलिसी जारी करने वाले कार्यालय को 7 दिन के अन्दर लौटाया जाना चाहिये। इस प्रपत्र को जारी करने से ही कम्पनी किसी दायित्व को स्वीकार नहीं करती है।

The completed claim form should be returned to the Policy Issuing Office of the Company within 7 days of its receipt.

The Company does not admit liability by issuing this form.

पत्र व्यवहार का पता
Address of the Policy
Issuing Office

पॉलिसी संख्या
Policy No.

दावा संख्या
Claim No.

एजेंसी कोड
Agency Code

यह दावा प्रपत्र बीमित द्वारा भरा जाना चाहिये। यदि बीमित प्रस्ताव प्रपत्र को भरने में असमर्थ है तो यह उसकी ओर से भरा जा सकता है। सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के विषय में मांगी गई सूचनाएं पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित घायल व्यक्ति के सम्बन्ध में है।

The Claim form is to be completed by the Insured. If the Insured is unable to complete the form, it may be filled up on his behalf. In case of Group Personal Accident Policy the information asked for should relate to the injured covered under the policy.

1. बीमित का नाम (पूरा) Name of the Insured (in full)	
2. घायल व्यक्ति का नाम (व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के विषय में) Name of the Injured (In case of Group Personal Accident Policy)	
3. बीमित / घायल व्यक्ति की आयु (अन्तिम जन्मदिन) Age of the Insured / Injured Person (last birthday)	
4. पूरा पता Address in Full	
5. बीमित / घायल व्यक्ति का व्यवसाय या पेशा Profession or Occupation of the Insured / Injured Person	

6. निम्नलिखित लिखें :
State the following :

(क) दुर्घटना की तिथि (a) Date of Accident	(ख) दुर्घटना का समय (b) Time of Accident	(ग) यह कहाँ हुई थी ? (c) Where it Happened ?

7. दुर्घटना किस प्रकार हुई थी ? State how did the accident occur ?	
8. बीमित / घायल व्यक्ति को लगे चोटों का पूर्ण विवरण दें ? State as fully as you can the nature and extent of the injuries sustained ?	
9. इन चोटों के लिए बीमित / घायल व्यक्ति की परिचर्या करनेवाले डॉक्टर / अस्पताल / नर्सिंग होम का नाम तथा पता दें। क्या अन्य चिकित्सक से परामर्श किया गया ? Give the name and the address of the Doctor / Hospital / Nursing Home where the Insured / the injured person is being treated for these injuries Has any other Medical person been consulted ?	
10. चिकित्सा अधिकारी अथवा बीमा प्राधिकारियों द्वारा बीमित घायल व्यक्ति कब और कहाँ निरीक्षित (यदि आवश्यक हो) किया जा सकता है ? When and where can the Insured or the injured person be visited (if necessary) by a Medical Officer or an Official of the Company ?	
11. क्या बीमित / घायल व्यक्ति दुर्घटना के समय पूर्ण स्वस्थ एवं शारीरिक दोष अथवा अशक्तता से मुक्त था ? Was the Insured / Injured Person in good health and free from physical defect or infirmity at the time of the accident ?	
12. क्या किसी अन्य व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के अन्तर्गत कोई दावा किया गया है यदि हाँ तो कृपया पॉलिसी सत्या के साथ में उसकी बीमा कंपनी का नाम एवं पता लिखें। Is a claim being made under any other Personal Accident Insurance ? If so, please state the name and address of the Insurance Company alongwith its Policy Number,	

घोषणा
DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिये विवरण पूर्णतया सही है और मैंने किसी ऐसे तथ्य को छुपाया नहीं है जिसकी सूचना कम्पनी को दी जानी चाहिये और मैं सहमत हूँ कि यदि मैंने किया है या किसी और सूचना जो कम्पनी मांगेगी, कोई असत्य या मिथ्या वयान करूँ या कुछ छुपाऊँ या असत्य वयान हो तो पॉलिसी निरस्त हो जावेगी और मेरा कतिपयता का दावा रद्द हो जायेगा और मैं यदि आवश्यक हो, तो एक वैधानिक घोषणा को करने के लिए न्यायाधिकारी के समक्ष प्रस्तुत होने के लिए तैयार हूँ।

I hereby declare that the foregoing statements are made by myself are true in all respect and that I have not attempted to conceal from the Company anything with which it ought to be made acquainted and I agree that if I have made, or in any further declaration the Company may require, shall make any false or fraudulent statement or any suppression, concealment or untrue avertainment whatever, the Policy shall be void, and my right to compensation forfeited, and I am willing, if required, to make a Statutory Declaration before a Justice of the Peace of the truth of the whole of the foregoing statement or any other statement, I may make in connection with this claim.

बीमित या घायल व्यक्ति के हस्ताक्षर
Signature of Insured or Injured Person

तिथि :
Date :

गवाह :
Witness :

नाम Name	पता Address	हस्ताक्षर Signature