



नेशनल इन्श्योरन्स कम्पनी लिमिटेड

(पंजीकृत कार्यालय : 3, मिडिलटन स्ट्रीट, कलकत्ता- 700 071.)

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED.

Regd. Office : 3, Middleton Street, Calcutta- 700 071.

शारीरिक दुर्घटना दावा प्रपत्र

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

ईस दावा प्रपत्र को भर कर कम्पनी के पालिसी निर्गमन कार्यालय को 7 दिन के अन्दर लौटाया जाया चाहिये। इस प्रपत्र का 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

पोलिसी निर्गमन कार्यालय का पत्ता
Address of the Policy Issuing
Office

पालिसी संख्या
Policy No.

कलेम संख्या
Claim No.

एजेन्सी कोड
Agency Code

यह दावा पत्र बीमादार द्वारा भरा जाना चाहिये। यदि बीमादार प्रस्तुत प्रपत्र को भरने में असमर्थ है तो यह उसकी और से भरा जा सकता है। सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना पोलिसी के विषय में मांगी गई सूचनाएं पालिसी के अन्तर्गत बीमित घायल व्यक्ति के संबंध में हैं।

The Claim Form is to be completed by the Insured. If 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. बीमादार का नाम (पूरा)
1. Name of the Insured (in full)
2. घायल व्यक्ति का नाम
(व्यक्तिगत दुर्घटना पालिसी के विषय में)
2. Name of the Injured
(in case of Group Personal
Accident policy)
3. बीमादार/घायल व्यक्ति की आयु
(अन्तिम जन्मतिथि)
3. Age of the Insured / injured person
(last birthday)
4. पूरा पता
4. Address in full
5. बीमादार/घायल व्यक्ति
का व्यवसाय या पेशा
5. Profession or Occupation
of the Insured/injured person

6. दुर्घटना किस प्रकार हुई थी ।
6. State of following

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

7. दुर्घटना कैसे हुई, कृपया इसका वर्णन दे
7. State how did the accident occur

8. चोटों के लिए बीमादार / घायल व्यक्ति का पूर्ण विवरण दे ।
8. State as fully as you can the nature and extent of the injuries sustained

9. इन चोटों के लिए बीमादार/घायल व्यक्ति का परिचर्या करने वाले डाक्टर / अस्पताल / नर्सिंग होम का नाम तथा पता दें । क्या अन्य चिकित्सक से परामर्श किया गया
9. Give the name and the address of the Doctor / Hospital / Nursing home where the Insured / the injured person for these injuries is being treated
Has any other Medical man been consulted ?

10. चिकित्सा अधिकारि अथवा बीमा प्राधिकारियों द्वारा बीमादार घायल व्यक्ति कब और कहाँ निरीक्षित (यदि आवश्यक हो) किया जा सकता है ।
10. When and where can the Insured of the injured person be visited (if necessary) by a Medical Officer or an Official of the Company ?

11. क्या बीमादार / बीमाकृत दुर्घटना के समय पूर्ण स्वस्थ एवं शारीरिक दोष अथवा अशक्तता से मुक्त था ।
11. 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 के अन्तर्गत कोई कलेम किया गया है यदि हो तो कृपया पालिसी संस्था के साथ में उसकी बीमा कंपनी का नाम एवं पता लिखें ।
12. 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 गये विवरण पूर्णतियां सही हैं और मैंने किसी ऐसे तथ्य को छुपाया नहीं है जिसकी सूचना कम्पनी को दी जानी चाहिये और मैं सहमत हूँ कि यदि मेने किया है या किस और सूचना कम्पनी मांगेगी, कोई असत्य या मिथ्या बयान कह या कुछ छुपाउ या असत्य बयान हो तो पालिसी निरस्त हो जायेगी और मेरा क्षतिपूर्ति का दावा रद्द हो जायेगा और मे यदि आवश्यक हो, तो एक वैधानिक घोषणा को करने के लिये न्यायाधिकारी के समक्ष प्रस्तुत होने को तैयार हूँ।

I hereby declare that the foregoing statements are made by myself and 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 avowment 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

बीमादार या घायल व्यक्ति के हस्ताक्षर

Signature of Insured or Injured Person

तिथि

Date

गवाह

Witness

नाम Name	पता Address	हस्ताक्षर Signature

यह रिपोर्ट उपचार करनेवाले चिकित्सक द्वारा सीधे आफिस में प्रेषित करनी है।

फार्म एसी.एल - 122(2)

चिकित्सा प्रमाणपत्र (चिकित्सा करनेवाले डाक्टरकी रिपोर्ट)	कार्यलय के प्रयोग हेतु दावा सं. पोलिसी सं.
---	--

- (क) घायल व्यक्ति का नाम व आयु
(ख) घायल व्यक्ति का पता
- घाव का रूप व स्तर
- जहां तक आप जानते हैं दुर्घटना का कारण
- (क) दुर्घटना के पश्चात घायल व्यक्ति तो प्रथम चिकित्सा आपने कब शुरु की ?
(ख) क्या अभी भी आप उनकी चिकित्सा कर रहे हैं ?
- क्या आप उनके नियमित चिकित्सक हैं यदि आपने इनकी पूर्व किसी बीमारी, चोट की चिकित्सा की हो तो विवरण दें
- (क) क्या इनके घाव
(i) पूरी तरह दुर्घटना के कारण है ?
(ii) किसी बीमारी, दुर्बलता, पूर्व घाव या किसी अन्य कारण से
(ख) क्या घायल व्यक्ति किसी बीमारी का शिकार है (इस घाव को छोड़कर) जिससे प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से है
(i) दुर्घटना घटी हो या
(ii) घाव के भरने में गतिरोध पैदा होनेवाला है
(iii) इनकी हालत और गम्भीर होनेवाली है
(ग) क्या आपकी जानकारी के अनुसार दुर्घटना के समय यह नशीले या मादक पदार्थों के प्रभाव में थे
- (क) आपके अनुसार घाव के प्रत्यक्ष व एक मात्र कारण से घायल व्यक्ति को कब तक बिस्तर/घर में रहना पड़ेगा
(ख) इस अवधि में क्या घायल व्यक्ति अपनी सेवाओं के किसी भाग को कर सकता है यदि हो तो किस तिथि से ?
(ग) यदि नहीं तो निम्न की संभवित तिथि बताएं
(i) इनकी सामान्य सेवाओं को करते हेतु इनके समर्थ हो जाने के लिए
(ii) पूरी तरह सामान्य सेवाओं पर लौटने के लिए

8. अन्य कोई टिप्पणी जो आप देना चाहते हैं

मैं प्रमाणित करता हूँ कि घायल व्यक्ति द्वारा वर्जित उपरोक्त घाव दुर्घटना के रूप के अनुसार है और उक्त की मैंने चिकित्सा की है।

डॉक्टर का नाम _____ पंजीकरण सं. _____ शैक्षणिक योग्यता _____

पता _____

तिथि _____

डॉक्टर का हस्ताक्षर

नोट : शुल्क, इस रिपोर्ट के यदि कोई हो यह घायल व्यक्ति द्वारा वहन किया जाएगा।

लिए
कार्यलय के

सेवामें

नेशनल इन्श्योरन्स कम्पनी लिमिटेड

जारीकर्ता कार्यलयाका पता

MEDICAL CERTIFICATE
(ATTENDING DOCTOR'S REPORT)

For Office use only

Claim No.

Policy No.

1. a) Name and Age of Injured Person
- b) Address of the Injured Person
2. Describe nature and extent of Injuries
3. Cause of the accident so far as it is known to you.
4. (a) When did you first attend on the injured person following the accident?
- (b) Are you still attending on him ?
5. Are you his usual Medical Attendant ? If you have treated him for any previous illness or injury. Please give details
6. (a) Are his injuries
 - (i) solely due to the accident, or
 - (ii) traceable to any disease, infirmity, previous injuries or any other cause ?
- b) is the injured person suffering from any disease or injury (apart from this injury) which directly or indirectly
 - (i) may have contributed to the accident, or
 - (ii) is likely to retard his recovery from the injuries, or
 - (iii) is likely to aggravate his condition?
- (c) Was he to your knowledge under the influence of intoxicant or drugs at the time of accident ?
7. (a) According to you how long has the injured person to be confined to bed/house as the direct and sole consequence of the injuries sustained ?
- (b) During this period will the injured person be able to attend to any portion of his normal duties ? If so, from what date ?
- (c) If not please state probable date of
 - (i) his being able to attend to any portion of his normal duties
 - (ii) his resumption of his normal duties fully

8. Any other remarks you wish to make

I hereby certify that the injuries sustained by the Person mentioned above are in accordance with the nature of the accident as described to me and that I treated him for the said injuries.

Doctor's Name _____ Reg. No. _____ Qualifications _____

Address _____

Date _____

Doctor's Signature

Note : The fee, if any for this Report will be borne by the injured person.

To be completed by
the Office

Forwarded to

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED