



UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

पेडल साइकिल / साइकिल रिक्शा बीमा - दावा फार्म

CYCLE RICKSHAW INSURANCE - CLAIM FORM

यह फार्म जारी करने से दायित्व की स्वीकृति नहीं मानी जाएगी। कृपया यह फार्म संबंधित ब्यौरे तथा रिकार्ड के साथ दुर्घटना से 14 दिन के भीतर यथोचित रूप से भर कर लौटाएं।

The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return the form duly completed within Fourteen days of the accident together with the relevant details and records.

पॉलिसी सं. POLICY No.	दावा सं. CLAIM No.
बीमाधारक INSURED : (क) नाम (a) Name (ख) पता (b) Address	(क) (a) (ख) (b)
बीमित संपत्ति : INSURED PROPERTY : (क) पेडल साइकिल / साइकिल रिक्शा का नाम व बनावट (a) Name and make of the pedal cycle / cycle rickshaw (ख) निर्माण वर्ष (b) Year of Manufacture (ग) खरीदने की तारीख व किमत (c) Date of purchase and value (घ) बीमित राशि (d) Sum Insured (च) बीमा अवधि (e) Period of Insurance (छ) यात्री ले जाने की संख्या (f) Number of passengers carried	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c) (घ) (d) (च) (e) (छ) (f)
(क) दुर्घटना कब हुई ? (कृपया तारीख व समय दर्शाएं) क्या वह दुर्घटना के समय उचित स्थिति में थी? (a) When did the accident happen ? (please state date and exact time) Was it in proper working condition at that time ? (ख) दुर्घटना कहाँ हुई ? (b) Where did the accident happen ? (ग) दुर्घटना के कारण पेडल साइकिल / साइकिल रिक्शा को हुई क्षति का पूर्ण ब्यौरा दें. (c) Give full description of the accident, its cause, the damage suffered by the pedal cycle / cycle rickshaw (घ) यदि पेडल साइकिल / साइकिल रिक्शा पर सवार व्यक्ति / ड्राइवर या साइकिल के पिछले सीट पर का सवार व्यक्ति या रिक्शा के अन्दर का यात्री जखमी हुआ है, तो जखम का प्रकार तथा उपचार का पूर्ण ब्यौरा दें। (d) If the rider / driver of the pedal cycle / cycle rickshaw or any pillion rider pedal cycle or passenger in the cycle rickshaw has/ have been injured, give full details of the nature of injury sustained and treatment availed of. (च) गवाह का नाम व पता दें, यदि दुर्घटना के समय कोई हो। (e) Give the names and addresses of witnesses, if any to the accident	(क) (a) (ख) (b) (ग) (c) (घ) (d) (च) (e)



UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

<p>(छ) क्या दुर्घटना की जानकारी पुलिस को दी है ? यदि हाँ, एफ.आय.आर. की प्रति संलग्न करें। यदि पुलिस को जानकारी नहीं दी है, तो कृपया कारण बताएं।</p> <p>(f) Was the accident reported to police? If so, attach copy of F. I. R. If not reported to police, Please state the reason therefor.</p>	<p>(छ)</p> <p>(f)</p>
<p>4. (क) किसी व्यक्ति को पहुंचे जख्म या तृतीय पक्ष के संपत्ति को पहुंची क्षति का ब्यौरा</p> <p>4. (a) Particulars of any injury to or damage to property of third party</p> <p>(i) जख्मी व्यक्ति का नाम व पता (i) Name and address of the injured person</p> <p>(ii) डॉक्टर या अस्पताल का नाम जिसने प्रथम सहायता / उपचार किया (ii) Name of the doctor or Hospital who have given first aid assistance/treatment</p> <p>(ख) जख्मी व्यक्ति या संपत्ति के मालिक ने कोई दावा किया है ? यदि हाँ, ब्यौरा दें तथा नोटिस की प्रति भी संलग्न करें। (b) Has the Injured person or property owner made any claim on you? If so, give particulars and also attach copy of notice.</p> <p>(ग) क्या दुर्घटना से पशुधन या किसी अन्य प्राणी या पक्षी को हानि या जख्म हुआ है ? यदि हाँ, ऐसे जख्म का प्रकार या विस्तार का पूर्ण ब्यौरा दें। (c) Did the accident cause loss of or injury to Livestock or any other animal or bird? If so, give full details with nature and extent of such loss a Injury.</p>	<p>(क)</p> <p>(a)</p> <p>(i)</p> <p>(ii)</p> <p>(ख)</p> <p>(b)</p> <p>(ग)</p> <p>(c)</p>
<p>5. (क) वाहन की जांच - पडताल कहाँ की ? 5. (a) Where can the vechicle be inspected? (a)</p> <p>(ख) मरम्मतकर्ता का नाम व पता (b) Name and Address of the repairers</p> <p>(ग) मरम्मत की अनुमानित लागत (c) Estimated cost of repaires</p>	<p>(क)</p> <p>(ख)</p> <p>(ग)</p> <p>(c)</p>

मैं/हम एतद्वारा घोषित करता हूँ / करते हैं कि उपरोक्त जानकारी सत्य है।
I/We hereby declare that the foregoing particulars are true in every respect.

स्थान
PLACE :

तारीख
DATE :

बीमाधारक के हस्ताक्षर
SIGNATURE OF INSURED