

जा.क्र. कबचौउमवि/१४/विवि/विसुअवि-३२/९२/२०२०

दि. ०७/०८/२०२०

ई-पत्रक

११

प्रति,

१) मा. प्राचार्य/ संचालक, विद्यापीठ संलग्न महाविद्यालये व मान्यता प्राप्त परिसंस्था

२) मा. संचालक/ विभागप्रमुख, विद्यापीठ शैक्षणिक प्रशाळा व विभाग

विषय :- विद्यार्थी सामुहिक सुरक्षा अपघात मृत्यु विमा योजनेत विमा उतरविण्यासंदर्भात....

संदर्भ :- दि.न्यु इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड विमा कंपनी यांचेकडील पॉलीसी, दि.०४.०८.२०२०

महोदय/ महोदया,

आपणास विदितच आहे की, विद्यार्थी विकास योजनेचा एक भाग म्हणून विद्यापीठ संलग्न महाविद्यालये, मान्यताप्राप्त परिसंस्था व शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग यामध्ये प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्याकरीता विद्यार्थी सुरक्षा अपघात विमा योजना शैक्षणिक वर्ष १९९३-९४ पासून लागू केलेली आहे. विद्यापीठ संलग्न महाविद्यालये, मान्यताप्राप्त परिसंस्था, विद्यापीठ शैक्षणिक प्रशाळा - विभाग व स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) यात शैक्षणिक वर्ष २०२०-२१ मध्ये नियमित प्रवेशित होणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या विद्यार्थी सामुहिक सुरक्षा अपघात विमा योजनेत विमा उतरविण्याकरीता मा.कुलगुरु महोदय यांच्या निर्देशान्वये समिती नियुक्त करण्यात येवून या समितीनी The New India Insurance Co. Ltd., Branch Jalgaon यांच्याकडून शैक्षणिक वर्ष २०२०-२१ मध्ये नियमित प्रवेशित होणाऱ्या अंदाजे १,२०,०००, विद्यार्थ्यांचा अपघात मृत्यु विमा प्रती विद्यार्थी रु. ५.०० लाख उतरविण्याकरीता त्यांना प्रती विद्यार्थी विमा शुल्क रु.२५/- अदा करून विद्यार्थी अपघात मृत्यु विमा उतरविण्यात आलेला आहे. या करीता महाविद्यालयातील नियमित विद्यार्थी यांच्या कडून या वर्षा करीता कोरोना विषाणू (कोव्हीड -१९) संसर्गामुळे विद्यार्थी अपघात मृत्यु विमा शुल्क रु. २०/- आणि स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) वर्गातील विद्यार्थ्यांकडून विद्यार्थी अपघात मृत्यु विमा शुल्क रु. २५/- घेण्यात यावे असे विमा उतरविणे समिती बैठकीत ठरले.

विद्यार्थी सामुहिक सुरक्षा अपघात मृत्यु विमा योजनेत विमा उतरविण्यात आलेला असल्याने सदरची रक्कम प्रती विद्यार्थी प्रवेशित संख्येप्रमाणे एकत्रित रक्कम आपणाकडून विद्यापीठ कार्यालयाकडे प्रचलित ई पध्दतीने जमा करण्यात यावी. ही रक्कम जमा करतांना खालील बाबींचा अवलंब करावा.

- १) महाविद्यालय / मान्यताप्राप्त परिसंस्था / शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग यामध्ये उशिरा प्रवेशित विद्यार्थ्यांचा किंवा उशिरा प्रवेश प्रक्रिया झाल्याने प्रवेशित विद्यार्थ्यांचा विद्यार्थी समुह अपघात विमा शुल्क विद्यापीठात जमा करतांना विलंब होऊ देवू नये या करिता पत्रकात नमुद दिलेल्या मुदतीत विमा शुल्क जमा करावे.
- २) महाविद्यालय / मान्यताप्राप्त परिसंस्था / शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग आपल्या पत्रासोबत विद्यार्थी समुह अपघात विमा रक्कम ई पध्दतीने जमा केलेल्या पावतीची छायांकित प्रत, विद्यार्थी यादी, विद्या व वर्गशाखा निहाय संख्यात्मक तक्ता सोबत जोडत नाहीत, त्यामुळे सदर योजनेची रक्कम अदा केल्या बाबतची माहिती उपलब्ध होत नसल्याने अनेक अडचणी निर्माण होतात. यादी तयार करतांना (विद्यार्थी नाव, वर्ग, जन्म तारीख व संवर्ग आदि माहिती दर्शवून एक प्रत विद्यापीठ कार्यालयाकडे सादर करावी.) या बाबींचा समावेश करावा.

आपणास कळविण्यात येते की, शैक्षणिक वर्ष २०२०-२१ मध्ये आपल्या महाविद्यालये/मान्यताप्राप्त परिसंस्था/शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग यामध्ये नियमित शिक्षण घेणा-या सर्व विद्यार्थ्यांचा विद्यार्थी समुह अपघात मृत्यु विमा योजनेत सहभाग असणे आवश्यक आहे, आपल्याकडे विलंबाने प्रवेश घेतलेला विद्यार्थी देखील या योजनेत समाविष्ट करणे आवश्यक आहे. विद्यार्थी सामुहिक सुरक्षा अपघात मृत्यु विमा योजनेचे विद्यार्थी समुह अपघात मृत्यु विमा शुल्क रु. २०/- (अक्षरी रु. विस मात्र) प्रती विद्यार्थी प्रवेशित विद्यार्थी संख्येप्रमाणे एकत्रित रक्कम , दि. ३० सप्टेंबर, २०२० पावेतो ई पध्दतीने जमा करावी. तर स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) वर्गातील विद्यार्थ्यांकरीता विद्यार्थी समुह अपघात मृत्यु विमा शुल्क रु. २५/- (अक्षरी रु. पंचविस मात्र) प्रवेशित होणाऱ्या विद्यार्थी संख्येच्या आधारे प्रति विद्यार्थी एकत्रीत रक्कम दि. ३१ ऑगस्ट, २०२० पूर्वी ई पध्दतीने जमा करणे आवश्यक आहे. विद्यार्थी समुह अपघात मृत्यु विमा शुल्क आपल्या तत्परतेने वेळेत जमा केल्यास विलंब शुल्काची कार्यवाही टाळणे शक्य होईल.

आपणाकडे विद्यार्थ्यांचा प्रवेश केंद्रिय प्रवेश निवड पध्दतीमुळे होतांना त्या प्रवेशास विलंब होत असेल तरी आपण मंजूर तुकडी व विद्यार्थी संख्येनुसार विद्यार्थी समुह अपघात विमा योजनेची रक्कम रोखीने किंवा धनादेश /धनाकर्ष द्वारे विद्यापीठाच्या रोखपाल कक्षात पत्रकात दिलेल्या मुदतीत जमा करावी आणि विलंबाने प्रवेशित विद्यार्थ्यांची यादी प्रवेशाची मुदत संपल्यानंतर त्वरित विद्यापीठ कार्यालयाकडे जमा करावी.

पत्रकात नमूद कालावधीत विद्यार्थी समुह अपघात मृत्यु विमा शुल्क विद्यापीठ कार्यालयात जमा न झाल्यास प्रती विद्यार्थी रु. ५/- प्रमाणे विलंब शुल्क आकारण्यात येईल. विलंब शुल्काची रक्कम संबंधित महाविद्यालये, मान्यताप्राप्त परिसंस्था, शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग आणि स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) यांचेकडून वसूल करण्यात येईल.

विहित मुदतीत आपणाकडून विम्याची रक्कम जमा झाली नाही, तर अपघातात मृत्यु पावलेल्या विद्यार्थ्यांना नुकसान भरपाई देण्याची सर्व जबाबदारी महाविद्यालये/मान्यताप्राप्त परिसंस्था/शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग आणि स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) यांचे मा. प्राचार्य/ संचालक/ विभाग प्रमुख/ नियंत्रक अधिकारी यांची राहिल, याची कृपया नोंद घ्यावी.

आपण पत्रकात व सहपत्रांमध्ये नमूद बाबींकडे वैयक्तीक लक्ष घालावे व आपल्या सहकार्यांमार्फत शैक्षणिक वर्ष २०२०-२१ (दि. ०३ऑगस्ट २०२० ते ०२ ऑगस्ट २०२१) कालावधीत नियमित प्रवेशित विद्यार्थ्यांना सामुहिक विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजनेचे आर्थिक सहाय्य घेण्यास पात्र होणेकरीता विहित पध्दतीने व मुदती कार्यवाही करण्यासाठी प्रेरित करावे. शैक्षणिक वर्षात विद्यार्थ्यांचा अपघाती मृत्यू झाल्यास पत्रकात नमूद विमा कंपनीकडून दावा दाखल झाल्यावर मान्यतेनंतर जास्तीत-जास्त रु. ५ लाख (अक्षरी रु. पाच लाख मात्र) दावा रक्कम प्राप्त होण्याकरिता विमा कंपनीने नमूद केलेले दस्तावेज दाव्या अर्जा सोबत सादर करणे आवश्यक असते त्यासाठी संबंधित वारसास (पालक) अवगत करून कागदपत्रांची पूर्तता करावी. तसेच मा. कुलगुरु वैद्यकीय निधीतून रु. १० हजार (अक्षरी रु. दहा हजार मात्र) स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) वर्गातील विद्यार्थी वगळून विद्यार्थ्यांच्या वारसास (पालक) विहित पध्दतीने देण्यात येतील.

विद्यार्थ्यांच्या वारसदारास (वडील /आई/ पालक) विम्याची रक्कम मिळण्यासाठी खालील बाबींची व कागदपत्रांची पूर्तता करणे आवश्यक राहिल.

विद्यार्थ्यांचा अपघात झाल्यानंतर वारसाने (वडील/आई/पालक)/महाविद्यालये/मान्यताप्राप्त परिसंस्था/शैक्षणिक प्रशाळा- विभाग आणि स्वायत्त महाविद्यालय (Autonomous) यांच्यापैकी कोणीही विद्यार्थी समुह अपघात विमा उतरविलेल्या मा. शाखा व्यवस्थापक, दि.न्यु इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड, विभागीय कार्यालय 160700, मंडोरे मार्केट , दाढीवाला इमारतीच्या मागे, मेहरुण रोड, जळगाव, 425001 यांच्या दुरध्वनी क्र. 0257- 2236275 /2232179 / 2222774 / 2250811 फॅक्स.0257-2236189, तसेच भ्रमणध्वनी क्रमांक- 9421328289 / 9423974752 / 9405672844 / 9422776231 वर संपर्क साधून माहिती त्वरीत किंवा शक्य तितक्या लवकर कळवावी. तसेच खालील ईमेलवर या संदर्भातील पत्रव्यवहार / सूचना / माहिती पाठविण्यात यावी.

1	nai.160700@newindia.co.in
2	sandesh.kamlakar@newindia.co.in
3	Pankaj.soni@newindia.co.in
4	pralhadrpatil55@gmail.com

विद्यार्थी सुरक्षा अपघात मृत्यु विमा दावा आपणाकडून मा. शाखा व्यवस्थापक, न्यु इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड विमा कंपनी, विभागीय कार्यालय 160700, मंडोरे मार्केट , दाढीवाला इमारतीच्या मागे, जिल्हा.जळगाव. 425001 या पत्त्यावर सर्व दस्तावेजासह विद्यार्थ्यांचा अपघात झाल्यानंतर जास्तीत जास्त ३० दिवसांच्या आत सादर करण्यासाठी संचालक, विद्यार्थी विकास, कबचौडमवि, जळगाव यांच्या मार्फत तत्परतेने दाखल करावा.

दावा अर्जा (Claim Form) सोबत सादर करावयाचे दस्तऐवज :-

- क) **दावा अर्ज :-** १. दावा प्रकरणा सोबत माहिती दर्शक पत्र हे महाविद्यालयाच्या लेटर हेड वर असावे.
२. दावा अर्ज भरून क्लेम ठिकाणी मा. प्राचार्य/ संचालक यांची सही व शिक्क्यानिशी सादर करावा.
- ख) **अपघाताचा पुरावा :-** पोलीस दस्तावेज, प्रथम सूचनापत्र पोलीस अधिकारी (एफआयआर), पोलीस पंचनामा व अनुषंगिक पत्राच्या छायांकित प्रती ह्या प्रमाणित केलेल्या असाव्यात.
- ग) **शवविच्छेदन अहवाल :-** जिल्हाशल्य चिकित्सक (जिल्हाशल्य चिकित्सक अहवाल मिळणे शक्य नसल्यास प्राथमिक आरोग्य केंद्र किंवा शासकिय कॉटेज हॉस्पिटल यांचे शवविच्छेदन प्रमाणपत्र) अहवालाची छायांकित प्रत प्रमाणित केलेली असावी.
- घ) **मृत्यू व अंत्यविधी दाखला :-** स्थानिक प्राधिका-याकडून मिळालेले मृत्यू व अंत्यविधी प्रमाणपत्र. उदा. ग्रामपंचायत/ नगरपालिका/नगरपरिषद /महानगरपालिका / जन्म मृत्यु अधिकारी इ. कडील प्रमाणपत्र याची छायांकित प्रत प्रमाणित केलेली असावी.
- ड) **विद्यार्थी दस्तावेज :-** विद्यार्थी वाहन चालवत असताना अपघात होवून मृत्यू झाल्यास त्याचा वाहनचालक परवानाची छायांकित प्रत प्रमाणित केलेली असावी. बस /रेल्वे/विमान प्रवासात अपघात झाल्यास त्या प्रवास तिकीटाची छायांकित प्रत प्रमाणित केलेली असावी.
- च) **वारसदार दस्तावेज :-** विद्यार्थ्यांच्या वारसदाराचे (वडील/ आई किंवा पालक) संपुर्ण नाव, पत्ता, संपर्क क्रमांक, ई-मेल, तसेच आधारकार्ड, बँक पास बुक प्रथम पानाची छायांकित प्रत इ. माहिती प्रमाणित करून सादर करावी.

छ) महाविद्यालय प्रमाणपत्र :- विमा कंपनीस दावा कार्यवाहीकरीता आवश्यक ते कागदपत्रक उदा. महाविद्यालयाचे सुचना पत्र, दावा मंजूरी बाबतचे पत्र, प्रवेश शुल्क पावती / ओळखपत्र / बौनाफाईड (शैक्षणिक वर्ष २०२०-२१) आदि प्रमाणपत्र तसेच विद्यापीठ कार्यालयाचे शिफारस यांच्या छायांकित प्रती प्रमाणित केलेल्या असाव्यात.

३) विमा योजनेच्या लाभासाठी खालील बाबींचा समावेश असणार नाही.

- ३.०१) सध्याचे अपंगत्व
- ३.०२) आत्महत्येचा प्रयत्न, आत्महत्या किंवा जाणीवपूर्वक स्वतःला जखमी करून घेणे
- ३.०३) भ्रमिष्टपणा
- ३.०४) अंमली पदार्थाच्या सेवनामुळे झालेला अपघात
- ३.०५) गुन्ह्याच्या उद्देशाने विद्यार्थ्याने कायद्याचे उल्लंघन करतांना झालेला अपघात
- ३.०६) बस/रेल्वे/विमान यांचा अधिकृत प्रवासी नसतांना केलेल्या प्रवासातील अपघात, अवकाशातील साहस करताना किंवा एखाद्या साहसी खेळामध्ये उदा. स्केटींग, आईस स्केटींग, पर्वतारोहण करताना झालेला अपघात.
- ३.०७) युद्ध किंवा अनुषंगिक गंभीर धोका
- ३.०८) अणू दुर्घटना
- ३.०९) सशस्त्र दलाबरोबर कर्तव्य बजावत असेल तेव्हाची दुर्घटना
- ३.१०) नैसर्गिक मृत्यू
- ३.११) विमाधारक विद्यार्थ्याचा एखाद्या बेकायदेशीर कृत्यामध्ये असलेला सहभाग
- ३.१२) महाविद्यालये/परिसंस्था/शैक्षणिक प्रशाळा-विभाग यांच्या नियमानुसार बेशिस्त वर्तनामध्ये विद्यार्थ्याचा सहभाग.
- ३.१३) वाहन चालविण्याचा परवाना नसताना वाहन चालवितांना विद्यार्थ्याचा झालेला अपघात.

विद्यार्थी सामुहिक सुरक्षा अपघात मृत्यु विमा योजना अंमलबजावणीकरीता सदर सूचना संबंधितांच्या निदर्शनास आणून एखाद्या घटनेनंतर तत्परतेने कार्यवाही आपल्या सहकार्याकडून आपण करून द्यावी, ही विनंती. सदरचे परिपत्रक, विमा पॉलीसी व दावा अर्ज विद्यापीठ संकेतस्थळावर www.nmu.ac.in भेट दिल्यास किंवा Play Store वर KBCNMU ॲप डाउनलोड केल्यानंतर Circular Link मध्ये Students Development and NSS अंतर्गत उपलब्ध होतील. कळावे.

आपला विश्वासू,



(डॉ.पंकजकुमार शां.नन्नवरे)

प्र. संचालक, विद्यार्थी विकास

सोबत :- पॉलीसी व दावा अर्ज (Claim form) नमुना प्रत

प्रतिलिपी :-

- १) वित्त व लेखा अधिकारी, कबचौउमवि, जळगाव.
- २) प्रमुख, ई- सुविधा कक्ष, कबचौउमवि, जळगाव.
- ३) जनसंपर्क अधिकारी, कबचौउमवि, जळगाव.
- ४) पध्दती विश्लेषक, संगणक केंद्र, संगणकशास्त्र विभाग, कबचौउमवि, जळगाव.

कृपया पत्रकातील सूचनेप्रमाणे विमा शुल्क व मुदतीत नंतर विलंब शुल्क आकारण्याची कार्यवाही व्हावी.

कृपया सदरचा पत्रकास प्रसिध्दी व विद्यापीठ संकेत स्थळावर प्रकट करण्याची कार्यवाही करावी.

प्रत :-

- १) विभाग प्रमुख, कुलगुरु कार्यालय, कबचौउमवि, जळगाव.
- २) विभाग प्रमुख, प्र-कुलगुरु कार्यालय, कबचौउमवि, जळगाव.
- ३) विभाग प्रमुख, कुलसचिव कार्यालय, कबचौउमवि, जळगाव.



**Personal Accident Insurance ((Group(Unnamed)),
UIN Number -**

Insured Name	: KBC NORTH MAHARASHTRA UNIVERSITY,
Insured's Details	
Customer ID	: PO71042632
Address	: P.B.NO. 80, UMAVINAGAR, JALGAON JALGAON ,MAHARASHTRA, 425001
Phone No	: 02572257230,
E-mail/Fax	: srgohil@nmu.ac.in, / 02572258408
PAN No	: AAAJN0465A
GST/UIN	: 27AAAJN0465A1ZL / NA
Issuing Office Details	
Office Code	: JALGAON (160700)
Address	: MANDORE MARKET, BEHIND DADHIWALA BUNGLOW, JILHA PETH,425001
Phone No	: 02572236189 / 02572232179
E-mail/Fax	: nia.160700@newindia.co.in / 2572236189
S.Tax Regn. No	: AAACN4165CST178
GSTIN	: 27AAACN4165C3ZP
SAC	: 997139 (Other non-life insurance services excl RI)

Policy Details	
Policy Number	: 16070042200100000178
Period of Insurance	: From:03/08/2020 10:37:47 AM To: 02/08/2021 11:59:59 PM
Date of Proposal	: 03-Aug-20
Prev. Policy no.	:
Client Type	: Non-Corporate
Staff Discount	: No
Business Source Code	
Dev.Off level./Broker/Corp. Agent/IMF/POS/Web Aggregator	: Mr. MR. PANKAJ D. SONI - (2D10753026)
Agent/Bancassurance/Specified Person	: Mr. PRALHAD RAMCHANDRA PATIL (NIAAG00053708) (SI00102164)
Phone No	: 02572250811, 9423974752 / 02572236275, 02572232179, 09422776231
E-mail/Fax	: pralhadrpatil55@gmail.com, / / / 02572236189
Type of Cover	: NA

Premium:	GST:	Total (₹)	Stamp Duty	Rupees (in words)	Receipt No. & Date:
₹ 2453390	₹ 441610	₹ 2895000	₹25	RUPEES TWENTY-EIGHT LAC NINETY-FIVE THOUSAND ONLY	1607008120000000 1498 - 04/08/20

Benefits under the Policy: GROUP UNNAMED

Number of Persons								100001-200000		
Sl. No	No of Person	Cadre	Sum Insured per person	Total Sum Insured	Risk Group	Excess	Medical Extension	War & Allied Cover opted		
1	120000	120000 STUDENT OF KBC NMU, BANBHOR (JALGAON)	500000	600000000	Risk Group I	0	No	Sum Insured	Country	Type of Period
								0	NA	NA

Table Details: (Group(Unnamed))

Sl.No	Table A		Table B		Table C		Table D	
	Table A	Sum Insured	Table B	Sum Insured	Table C	Sum Insured	Table D	Sum Insured
1	No	0	No	0	No	0	Yes	500000
Sl.No	Special Conditions							
1	AS PER PA POLICY CLAUSE							

Signature valid

Digitally signed
by: [Signature]
Date: 20.08.04

Policy No. : 16070042200100000178 Document generated by 18068 at 04/08/2020 10:57:47 Hours.

Regd. & Head Office: New India Assurance Bldg., 87 M.G. Road, Fort, Mumbai - 400 001. TOLL FREE No. 1 800 209 1415.
For redressal of your grievance, if any, you may approach any one of the following offices- 1. Policy issuing office 2. Regional office 3. Head office. In case, you are not satisfied with our own grievance redressal mechanism; you may also approach Insurance Ombudsman. For details of our office addresses and addresses of office of Insurance Ombudsman, please visit our website <http://newindia.co.in>.



“भारत की सबसे बड़ी जनरल इश्योरेंस कंपनी”
दि न्यू इन्डिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
THE NEW INDIA ASSURANCE CO.LTD.

उत्तर देते समय लिखे संदर्भ क्र.
IN REPLY PLEASE QUOTE

REF.:

मंडल कार्यालय : 160700

मंडोरे मार्केट, दाढीवाला बंगले के पीछे, जिला पेट, जलगांव - 425 001

JALGAON DIVISIONAL OFFICE : 160700

Mandore Market, Behind Dadhiwala Bungalow
Jilha Peth, JALGAON-425001.

CIN No. U99999 MH1919 GOI 000526

फोन / Phone: 0257-2236275, 2232179
2222774, 2236189 (D)

फैक्स / Fax : 0257 - 2236189

e-mail: nia.160700@newindia.co.in

Date: _____

To,

Re: Personal Accident Insurance Policy Claim under Policy No: _____

A/c. _____

Ref: You're Letter _____

Sir,

With reference to the above we are enclosing herewith claim form kindly submit the following papers:

- 1] Claim form duly completed in all respect from the insured as well as from treating doctor also.
- 2] Police Paper such as
 - [A] First Intimation letter to Police authority (FIR),
 - [B] Police Panchanama,
 - [C] Post Martam Report,
 - [D] Police Inquest Pachanama etc,
- 3] Certificate of college for deceased being a bonafied student along with University letter.
- 4] Adhar Card copy of deceased person.
- 5] Any other papers pertaining to the Accident.

Kindly send the same along with claim form as early as possible to enable us to process the claim

Thanking You

Yours Faithfully

Divisional Manager

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय: न्यू इन्डिया एश्योरेंस बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई - 400 001
Regd. & Head Office: New India Assurance Bldg, 87, M.G. Road, Fort, Mumbai-400001



The New India Assurance Company Limited

Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg., 87, Mahatma Gandhi Road, Fort,
Mumbai - 400 001.

The issue to this form is not to be taken as an admission of Liability

Personal Accident Insurance Claim Form (Particulars) of Accident)

THE DIVISIONAL MANAGER,
MANDORE MARKET,
BEHIND DADHIWALA BUNGLOW,
JILHA PETH, MEHRUN ROAD,
JALGAON.425001

Policy No. 16070042200100000178

Branch /Unit JALGAON (160700)

Claim No. _____

TO BE COMPLETED BY THE INSURED

1. (a) Name of the Insured [in full] KBC NORTH MAHARASTHRA UNIVERSITY, JALGAON
(b) Name of the injured Person _____
(c) Address in full _____
(d) Profession or Occupation _____ Education _____
(e) Age at last birthday _____

2.

Policy No.

Sum Insured

Table of Cover

Period

- (i)
- (ii)
- (iii)

3	(a) Date of the accident? (b) Time of accident? (c) Where it happened? (d) Name and address of witness	
4	How did the accident occur ?	
5.	Nature of injury received (If to limb or eye state whether right or left)	
6.	(a) Nature of disablement (b) Extent of disablement Confined to bed Confined to house (c) Present state of incapacity	[from _____ To _____] [from _____ To _____]
7.	Name and address of surgeon in attendance	
8.	(a) Where and when can a Medical Officer of the Company visit you, if necessary ? (b) Name of nearest railway station and distance therefrom	
9.	(a) Are you insured in any other office or offices granting compensation for accident (b) If so state name and address of company or companies and amount of insurance	

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 which it ought to be made acquainted and also that I have not abstained from any usual occupation longer than absolutely necessary 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 averment whatever, the Policy shall be void and my right to compensation forfeited and 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 a connection with this claim.

Witness:

Name _____

Signature of the Insured _____ (Principal /Director Sign and stamp)

Signature _____

Date :

Date _____

Address _____

CERTIFIED TO BE FILLED UP AND SIGNED BY AN EYE WITNESS TO THE ACCIDENT

I hereby certify that I was present when the Accident occurred to Mr. _____ On the _____ day of _____ 20 ____ in the manner stated by him over leaf, that it was caused by _____ which * was / was not his willful act and that he * was/was not under the influence of intoxicating liquor at the time

Signature

Address

* Strike out which is not applicable

Occupation

Date

MEDICAL CERTIFICATE

Claims must be Supported by medical Evidence furnished by the Insured and at his expense.

1.	(a)	Name of Claimant	(b)	Sex	(c)	Age
----	-----	------------------	-----	-----	-----	-----

- | | | |
|----|-----|---|
| 2. | (b) | Nature and cause of accident |
| | (b) | If to eye or limb, state left or right |
| | (c) | Whether the appearance of the Injuries are consistent with the account given of the accident. |
-

3.	Date on which you first attended Claimant for this injury
----	---

4.	Has Claimant been totally prevented from attending to any portion of his business ? If so how long ?
----	--

1.	Is Claimant suffering from any disease or illness apart From his injury and is there any illness by circumstances Which may tend to retard recovery? If so, give particulars?
----	---

2.	Present Condition
----	-------------------

7.	How long from the happening of the Accident do you consider Total disablement will last ?
----	---

Having personally examined the above named Insured I certify that the above statements are correct and that the injured person is necessarily disabled by the Accident referred to

Signature

Qualification_____

Name

&

Address _____

Date _____

REMARKS FOR EXTRA DETAILS