

पुणे विद्यापीठ

सर्वोत्कृष्टतेचा स्रोत असलेले विद्यापीठ
विद्यार्थी कल्याण मंडळ

डॉ. पंडीत एन. शेळके

(एम.एस्सी., पीएच्.डी.)

संचालक : विद्यार्थी कल्याण मंडळ

संदर्भ क्र. विकमं/२०१२-१३/२७६

दिनांक : २५/०७/२०१२.

प्रति,

मा. प्राचार्य / मा. संचालक,

सर्व संलग्न महाविद्यालये / मान्यताप्राप्त संस्था.

विषय : २०१२-१३ या शैक्षणिक वर्षातील विद्यार्थी सुरक्षा विमा योजनेसंबंधी....

महोदय/महोदया,

पुणे विद्यापीठ, विद्यार्थी कल्याण मंडळ कार्यालयामार्फत विद्यार्थी सुरक्षा विमा योजना सन १९९२-९३ पासून सुरु करण्यात आली आहे, हे आपणांस ज्ञातच आहेच. यासाठी ज्या विद्यार्थ्यांनी महाविद्यालयात/मान्यताप्राप्त संस्थेत प्रवेश घेतला आहे अशा सर्व विद्यार्थ्यांकडून रु. १०/- विमा निधी म्हणून घेण्यात येतो. सन २०११-१२ या शैक्षणिक वर्षामध्ये दि ओरिएण्टल इन्श्योरेन्स कम्पनी लि. या संस्थेशी विद्यापीठाने करार केला होता.

शैक्षणिक वर्ष २०१२-१३ साठी युनायटेड इंडिया इन्श्योरेन्स कं. लि. यांच्याबरोबर विद्यार्थ्यांच्या विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे. युनायटेड इंडिया इन्श्योरेन्स कं. लि. या संस्थेचा पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक खालीलप्रमाणे आहेत. सदर विमा योजने अंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहमदनगर व नाशिक जिल्ह्यांतील पुणे विद्यापीठांशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त संस्थांनी खालील क्रमांकावर अधिक माहितीसाठी संपर्क साधावा.

(श्री. व्ही. जी. गायकवाड ९८२२८००३८४, श्री. प्रभाकर मोरे ९७६७५६००२२)

कार्यालयाचा पत्ता आणि फोन नं.

युनायटेड इंडिया इन्श्योरेन्स कं. लि.

गेरा ७७ ब्लॉक नं ४०३ कल्याणीनगर,

रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे - ४११ ००६.

फोन नं. : (०२०) २६६८४०४१/२६६८४०४२/२६६८४०४३

फॅक्स नं. : (०२०) २६६८४०४४

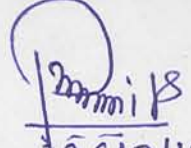
Direct No. : (०२०) २६६८४०४५

मोबाईल नं. : ०९७६७५६००२२/०९८२२८००३८४.

Mail ID : vgggaikwad@uiic.co.in / kshira@uiic.co.in

विमा योजने अंतर्गत नुकसान भरपाईचा दावा दाखल करण्यासाठी विमा कंपनीच्या कार्यालयाशी संपर्क साधल्यानंतर त्या पत्राची एक प्रत मा. संचालक, विद्यार्थी कल्याण मंडळ, पुणे विद्यापीठ, पुणे - ४११ ००७ यांना पाठवावी. नुकसान भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी आवश्यक त्या कागदपत्रांची पूर्तता करणे आवश्यक आहे.

कळावे,


26/7/12
(डॉ. पंडित एन. शेळके)
संचालक,
विद्यार्थी कल्याण मंडळ

(टिप : नुकसान भरपाई दावा दाखल करण्याचे अर्ज पुणे विद्यापीठाच्या संकेतस्थळावर Students Welfare या लिंकवर Circulars मध्ये उपलब्ध आहेत.)



UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

- I. Coroner's Report (wherever necessary).

In case of Permanent Disability Claim-In addition to above documents (except Death Certificate and Post Mortem Report).

- m. Certificate from Civil Surgeon/Orthopedic Surgeon regarding the Disability Percentage (%).

All Claims should be routed through respective Colleges / Institutes with covering letter by Authorized Person/Principal.

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.
DIVISIONAL OFFICE NO.1,
Gera Building, 77, Block No 403, 4th floor,
Behind Ramwadi Police Chowky,
Near Bishop School, Pune Nagar Road,
Kalyaninagar, Pune-411 006.

Telephone No. :020 -26684041 / 42 / 43.
Fax No. : 020 -26684044.
Direct No. : 020 -26684045.
Mobile No. : 09767560022 / 09822800384.
Email ID : vggaikwad@uiic.co.in, kshira@uiic.co.in

V. G. Gaikwad
Sr. Divisional Manager



DIVISIONAL OFFICE NO.1, Block No 403, 4th floor, Gera Building, 77,
Behind Ramwadi Octroi Post, Pune Nagar Road,
Pune 411 006



UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

UNIVERSITY OF PUNE

Student Safety Insurance

policy no 160800/48/12/42/00001222

policy period 29/06/2012 to 28/06/2012

Risk Covered:

Sr.No.	Table of Benefits	Sum Insured
1	Accidental Death Only	₹ 50,000/-
2	Loss of two limbs, eyes or one limb or eye.	₹ 50,000/-
3	Loss of one limb or one eye.	₹ 25,000/-
4	Permanent Total Disablement from injuries other than those named above PTD.	₹ 50,000/-
5	Medical expenses arising out of accidental injuries due to hospitalization.	₹ 5000/-

Claim Procedure:

1. Immediate Intimation in writing to be given to policy issuing office address given below.
2. Claim form dully filled up in all respected and signed to be submitted along with following papers .
 - a. Bonafide certificate from respective college mentioning Age, Permanent Registration No. , Division of Student.
 - b. Admission Receipt.
 - c. Investigation report for confirmation of injury.
 - d. Medical / Hospital Bills corresponding to Doctor's prescription.
 - e. Medical form duly filled by attending Doctor.
 - f. Police Report (Wherever necessary).

In case of accidental Death Claim- In addition to above documents

- g. Death Certificate.
- h. First Information Report(FIR) to police.
- i. Police Panchnama and related police reports.
- j. Post Mortem Report.
- k. Inquest Report (wherever necessary).



DIVISIONAL OFFICE NO.1, Block No 403, 4th floor, Gera Building, 77,
Behind Ramwadi Octroi Post, Pune Nagar Road,
Pune 411 006



युनाइटेड इंडिया इंश्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

पंजीकृत तथा प्रधान कार्यालय : 24 व्हाइट्स रोड, चेन्नई 600 014.
Regd. & Head Office : 24, Whites Road, CHENNAI - 600 014.

मंडलीय / शाखा कार्यालय :
Divisional / Branch Office

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा - दावेदार विवरण Personal Accident Insurance - Claimant's Statement

(इस प्रपत्र का निर्गमन देयता की स्वीकृति से संबंध नहीं है। कृपया इस प्रपत्र को विधिवत भरकर अस्पताल या चिकित्सा उपचारक के मृत्यु प्रमाण पत्र, शवपरीक्षा प्रमाण पत्र यदि कोई हो तथा पुलिस पंचनामा यदि कोई हो, के साथ लौटाये।)

(The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return this form duly completed together with Death Certificate from the Hospital or the Medical Attendant, Post Mortem Certificate, if any and the Police Panchanama, if any)

दावा संख्या Claim No. :

पालिसी संख्या Policy No. :

- (क) दावेदार का पूरा नाम (यदि एक से अधिक हो, तो सभी का नाम लिखें) (क)
(a) Name of claimant (in full) (If more than one, state names of all) (a)

(ख) पता (ख)
(b) Address (b)

(ग) मृतक के साथ दावेदार का संबंध (ग)
(c) Relationship of claimant with the deceased (c)

- दावे का स्वरूप बताएं जिसके अधीन दावेदार धनराशि का दावा कर रहा हैं
State nature of title under which claimant is claiming the amount

दुर्घटना में मृत बीमाकृत व्यक्ति का विवरण Particulars of the Insured Person who died in the accident

- (क) पूरा नाम : (क)
(a) Name (in full) (a)

(ख) अंतिम पता (ख)
(b) Last address (b)

(ग) कारोबार (ग)
(c) Occupation (c)

(घ) दुर्घटना के समय आयु (घ)
(d) Age at the time of the accident (d)

- (क) दुर्घटना कब घटी? (दिनांक तथा ठीक समय बताएं) (क)
(a) When did the accident happen? (give date and exact time) (a)

(ख) दुर्घटना कहां घटी (ख)
(b) Where did the accident happen (b)

(ग) दुर्घटना का पूर्ण विवरण दें, इसका कारण तथा पहुँची हुई चोटें (ग)
(c) Give full description of the accident, its cause and injuries sustained. (c)

(घ) दिनांक, समय तथा मृत्यु का स्थान बताएं (घ)
(d) State date, time and place of death. (d)

- 5) किस दिनांक को तथा किससे दावेदार का दुर्घटना के संबंध में सूचना प्राप्त हुई?
On what date did the claimant receive information in regard to the accident and from whom?

- 6) दुर्घटना के साक्षी दो व्यक्तियों के नाम तथा पते दें
Give the names and address of two persons who witnessed the accident.

- 7) (क) क्या दुर्घटना के समय मृतक बीमारी से मुक्त था, यदि नहीं तो विवरण दें। (क)
(a) Was the deceased free from infirmity at the time of accident? (a)
If Not, give particulars.

- (ख) क्या दुर्घटना के समय मृतक दवाओं या पेय के नशे में था। (ख)
(b) Was the deceased under the influence of drugs (b)
or drink at the time of accident?

- (ग) क्या दावेदार को विश्वास है कि मृत्यु का प्रत्यक्ष कारण दुर्घटना थी। (ग)
(c) Is the claimant satisfied that the death was directly due to (c)
the accident.

- (घ) निम्न के नाम तथा पते दिजिए : (घ)
(d) Give the names and addresses of : (d)

- (i) अस्पताल, क्लिनिक या उपचर्यागृह का नाम जहाँ मृतक का दुर्घटना के (i)
बाद उपचार कराया गया।
The Hospital, Clinic or Nursing Home where the deceased
was treated after the accident.

- (ii) शल्य चिकित्सक / चिकित्सक का नाम जिसने दुर्घटना के बाद मृतक का (ii)
उपचार किया।
The Physician / Surgeon who attended on the deceased
after the accident.

- (iii) उसका नियमित चिकित्सक, यदि कोई हो (iii)
His regular Physician if any

8. क्या मृतक के जीवन में कोई अन्य दुर्घटना हुई थी, यदि हाँ, तो बीमाकर्ता / ओं के
नाम तथा दावा धनराशि / याँ बताएँ
Did the deceased have any other Accident Insurance on his life?
if, so, state the name of the insurer/s and amount/s claimed.

मैं / हम यह पुष्टि तथा घोषणा करता हूँ / करते हैं कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह पूर्ण तथा सत्य हैं।

I / We hereby affirm and declare that the answers to all the above questions are full and true in every respect.

स्थान / Place :

दिनांक / Date :

साक्षी / Witnesses

दावेदार के हस्ताक्षर
Signature of Claimant

1. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

2. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name



युनाइटेड इंडिया इन्शुरेन्स कं. लि.

(भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक)

पंजीकृत एवं कार्यालय : २४ व्हाइट्स रोड, चेन्नई - ६०० ०१४

UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

(Subsidiary of General Insurance Corporation of India)

Regd. & Head Office - 24, Whites Road, Chennai - 600 014.

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा दावा फार्म Personal Accident Insurance Claim Form

(केवल अशक्ता दावों के लिए) (For Disablement Claims only)

(यह फार्म जारी करने का यह अर्थ नहीं है कि दायित्व स्वीकार कर लिया गया। कृपया फार्म को पूरी तरह भरकर संबंधित रोगी परिवारियों, बिलों, रसीदों आदि के साथ दुर्घटना से चौदह दिन के भीतर दे।)

(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 prescriptions, bills, receipts etc.)

टिप्पणी : 'घायल व्यक्ति' शब्द को 'बीमाकृत' के रूप में भी पढ़ा जा सकता है यदि बीमाकृत और घायल व्यक्ति एक ही हो।

NOTE : The Words 'Injured Person' may be read as 'Insured' if the insured and the Injured Person is one and the same.

दावा सं. Claim No.

पॉलिसी सं. Policy No.

1. बीमा व्यक्ति Insured

(क) नाम (a) Name

(क) (a)

(ख) पता (b) address

(ख) (b)

2. क्षतिग्रस्त व्यक्ति Injured Person

(क) नाम (a) Name

(क) (a)

(ख) पता (b) Address

(ख) (b)

(ग) व्यवसाय (एक से अधिक हो तो सारे लिखिए)

(ग)

(c) Occupation (if more than one, state all)

(c)

(घ) आगामी जन्मदिन पर आयु

(घ) (d)

वर्षों में Years

(d) Age next Birthday

(ड) ऊँचाई (e) Height

(ड) (e)

सेंटीमीटर Cms.

(च) वजन (f) Weight

(च) (f)

कि. ग्रा. Kgs.

3. (क) दुर्घटना कब हुई ? (कृपया तारीख और सही समय लिखें)

(क)

(a) When did the accident happen ? (Please state date and exact time)

(a)

(ख) दुर्घटना कहाँ हुई ? (b) Where did the accident happen ?

(ख) (b)

(ग) दुर्घटना, उसके कारण और क्षतियों का पूरा विवरण दीजिए।

(ग)

(c) Give full description of the accident, its cause and injuries sustained.

(c)

(घ) क्या क्षतिग्रस्त व्यक्ति दुर्घटना के समय औषधों या शराब के नशे में था ?

(घ)

(d) Was the injured Person under the influence of drugs or drinks at the of the accident ?

(d)

(ड) यदि दुर्घटना के कोई साक्षी हो तो उनके नाम, पते दीजिए।

(ड)

4. (क) उसकी चिकित्सीय देखरेख का विवरण दीजिए और चिकित्सा परिचर का नाम और पता बताइए। (क)
- (a) Give details of medical attention given and the name and address of the Medical Attendant (a)
- (ख) यदि उपर अंकित चिकित्सा परिचर क्षतिग्रस्त व्यक्ति का सामान्य चिकित्सा परिचर नहीं है तो उसके सामान्य चिकित्सा परिचर का नाम और पता दिजिए। (ख)
- (b) If the Medical Attendant named above is not the injured person's usual Medical Attendant, give the name and address of his usual Medical Attendant. (b)
- (ग) क्या उसने या किसी अन्य चिकित्सा परिचर ने पहले किसी रोग या क्षति के लिए क्षतिग्रस्त व्यक्ति का इलाज किया है ? (ग)
- (c) Has he or any other Medical Attendant treated the injured Person previously for any illness or injury ? (c)
- (घ) बताएँ कि यदि आवश्यक हो तो कंपनी का चिकित्सा अधिकारी क्षतिग्रस्त व्यक्ति के पास कहाँ जा सकता है। (घ)
- (d) State where a Medical Officer of the Company can visit the injured Person, if necessary (d)
-
5. वह अवधि जिसके दौरान घायल व्यक्ति रहा
State the period during which the Injured Person has been
- (क) पूर्णतः : अपनी सामान्य चर्या में अक्षम तथा विस्तर / मकान तक सीमित (क) से / तक
- (a) Confined to bed/house and unable to attend to his normal duties at all From To
- (ख) आंशिक रूप से अपनी नियमित चर्या को करने में सक्षम, चाहे मकान तक सीमित रहा हो या नहीं। (ख) से तक
- (b) Partially able to attend his normal duties, whether confined to house / or not. From To
-
6. यह तारीख उल्लिखित करें जब कि घायल व्यक्ति अपनी सामान्य चर्या संपन्न करने योग्य हो चुका है / होगा।
State date on which the injured person has been / will be able to resume normal duties.
-
7. (क) यदि घायल व्यक्ति ने पहले दुर्घटना या बीमारी के सिलसिले में कोई दावा किया है या क्षतिपूर्ति हासिल की है तो उसका विवरण दें। (क)
- (a) Has the Injured Person made any claim or received compensation under any Policies of Accident or Sickness in the past ? If so, give particulars. (a)
- (ख) यदि घायल व्यक्ति कोई अन्य दुर्घटना पॉलिसी लिये है, तो बीमाकर्ताओं का नाम दें। (ख)
- (b) State whether the injured Person holds any other Accident policy, if so, give the name(s) of the Insurer(s) (b)

मैं / हम एतद्वारा घोषित करता हूँ / करते हैं कि मैं / व्यक्ति जैसा कि ऊपर नाम दिया गया है, उपर वर्णित चोटों से पीडीत है तथा उपयुक्त विवरण हर दृष्टी से सत्य है।

I/We hereby declare that I/ the person named above have/has sustained the injuries described above and that the foregoing particulars are true in every respect.