



सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ
(पूर्वीचे पुणे विद्यापीठ)
विद्यार्थी विकास मंडळ
गणेशखिंड, पुणे - ४११ ००७.

डॉ. अभिजीत कुलकर्णी
संचालक

संदर्भ क्र. विविमं/२०२४-२५/४१९

दिनांक : २९ जून, २०२४.

प्रति,

मा. प्राचार्य/ मा. संचालक/ मा. विभागप्रमुख

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठीशी संलग्नित सर्व महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था,

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठातील सर्व पदवी व पदव्युत्तर विभाग

विषय : २०२४-२५ या शैक्षणिक वर्षातील विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना.

महोदय/महोदया,

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ विद्यार्थी विकास मंडळामार्फत विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना सन १९९२-९३ पासून सुरू करण्यात आली आहे. सध्या ज्या विद्यार्थ्यांनी महाविद्यालयात/मान्यताप्राप्त परिसंस्थेत आणि विद्यापीठ विभागात नियमित प्रवेश घेतला आहे अशा सर्व विद्यार्थ्यांकडून या योजनेअंतर्गत विमा निधी घेण्यात येतो.

शैक्षणिक वर्ष २०२४-२५ साठी (२९ जून २०२४ ते २८ जून २०२५) युनायटेड इंडिया इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे - ४११ ००६ यांच्याबरोबर विद्यार्थ्यांच्या अपघाती विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे. या संस्थेचा पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक खाली दिला आहे. सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहमदनगर व (केंद्रशासित प्रदेश सिल्वासासह) नाशिक जिल्हयांतील सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभाग यांनी अधिक माहितीसाठी पुढील क्रमांकावर संपर्क साधावा.

विमा कंपनी कार्यालयाचा पत्ता आणि फोन नं.

युनायटेड इंडिया इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड

गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर,

रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे - ४११ ००६.

फोन नं. : (०२०) २६६८४०४१ / २६६८४०४४

ईमेल : minimurali@uiic.co.in

sushmitachoudhary@uiic.co.in

मोबाईल संपर्क :

श्रीमती. सुष्मिता चौधरी - ९७८९९८५१५९

श्रीमती. मिनी मुरलीधरण - ९८८१४६७५६०

श्री. प्रभाकर मोरे - ९८६७५६००२२

वरीलप्रमाणे अपघात विमा दाव्यासंबंधी आपण विमा कंपनीस पाठवित असलेला ईमेल हा

विद्यापीठाच्या bsdinsurance@unipune.ac.in या ईमेलवर (Cc) म्हणून देखिल पाठविणे अनिवार्य

आहे, याची नोंद घ्यावी.

विद्यार्थी अपघात विमा सुरक्षा योजनेअंतर्गत मिळणारी रक्कम व तपशील खालील चौकटीत दिला आहे.

Sr. No.	Particulars of Coverage	Amount of coverage Rs.
01	Accidental Death	Rs. 1,00,000/-
02	Loss of two limbs, eyes or one limb and eye.	Rs. 1,00,000/-
03	Loss of one limb or one eye.	Rs. 50,000/-
04	Permanent Total Disablement from injuries other than Those named above (PTD)	Rs. 1,00,000/-
05	Medical expenses arising out of accidental injuries due to Hospitalization for every students	Rs. 50,000/-
06	Any one accident Limit	Rs. 25,00,000/-

प्रचलित पध्दतीनुसार आंशिक अपंगत्व, कायमचे अपंगत्व, अपघातग्रस्त विद्यार्थ्यांना औषधोपचारासाठी तसेच मृत्यू पावलेल्या विद्यार्थ्यांच्या पालकांना उपरोक्त निर्धारित संपूर्ण भरपाई रक्कम फक्त विमा कंपनीकडून मिळते; त्यासाठी विमा संरक्षण भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी आवश्यक त्या सर्व कागदपत्रांची (उदा. १) प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) २) विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज ३) अनुषंगिक कागदपत्रे.) पूर्तता विमा कंपनीस (युनायटेड इंडिया इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे – ४११ ००६ या पत्त्यावर) करणे आवश्यकच आहे.

(विमा कंपनीने विमा संरक्षण दिलेल्या प्रकरणात विमा कंपनी व्यतिरीक्त विद्यापीठाकडून अन्य कोणतेही आर्थिक सहाय्य करण्याची तरतूद शैक्षणिक वर्ष २०१७-१८ पासून रद्द झाल्याचे आपणास ज्ञात असून त्या अनुषंगाने अशा बाबतीत विद्यापीठास स्वतंत्र अर्ज करून विमा संरक्षण भरपाई दावे सादर करू नयेत.)

कळावे, ही विनंती.

सोबत : विमा संरक्षण नुकसान भरपाई दावा अर्ज.

(डॉ. अभिजीत कुलकर्णी)
संचालक, (अतिरिक्त कार्यभार)
विद्यार्थी विकास मंडळ

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

The necessary claim form is attached. Alongwith the claim form the following documents are required to be forwarded at the time of claim

- 1) Principal Covering Letter on college letterhead for students attendance
- 2) College ID proof of the student
- 3) Medical bills all in original along with fitness certificate of the doctor.

In case of Death / major accidents along with the above documents we will also require

- 1) Death certificate,
- 2) Police papers such FIR, Panchnama, PM report etc.

In case of permanent disability claim, the disability certificate to provided alongwith other documents

Contact Details :

1) sushmitachoudhary@uiic.co.in - Landline No : 020-26684041
Mobile No. 9789985159

2) minimurali@uiic.co.in - Landline No : 020-26684044
Mobile No. 9881467560

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

Head Office: 24, WHITES ROAD, CHENNAI - 600014

STUDENT SAFETY INSURANCE CLAIM FORM

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

Policy No. **1608004224P104548588**

Claim No. _____

Branch/Unit. _____

(To be completed by the Insured)

1. (a) Name of the Insured (in Full): _____

(b) Address in full: _____

(c) Name of the Insured Student: _____

(d) Age of the Student: _____

2. (a) Date of accident: _____

(b) Time of accident: _____

(c) Where it happened: _____

d) Name and address of witness: _____

3. How did the accident occur? _____

4. Nature of injury received: _____

(If to limb or eye state whether right or left)

(2)

5. (a) Nature of disablement: _____

(b) Extent of disablement: _____

(c) Present state of incapacity: _____
(If admitted in hospital please state the name of hospital and period of treatment)

6. Details of medical expenses incurred supported: _____
By medical bill and reports etc.

7. Name and address of attending physician: _____

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

We hereby declare that the foregoing statements are made by ourselves and true in all respect and that we have not attempted to conceal from the company anything with which it ought to be made acquainted.

Signature of Head of the Institute

Date: