



युनाइटेड इंडिया इन्शुरेन्स कंपनी लिमिटेड

दावा फार्म

(कयर बोर्ड कयर श्रमिकों व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना)

1. कयर श्रमिक का नाम -
2. लिंग - पुरुष/स्त्री
3. आयु -
4. कार्य प्रकार -
5. पता -
6. क) कयर सोसाइटी में सदस्यता नंबर
अ. कयर सोसाइटी का नाम -
आ. पता -
ख) सदस्य/अनुक्रमांक -
अ. कयर इकाई/स्थापना का नाम -
आ. पता -
ग) अगर स्वतः नियुक्त कयर श्रमिक है तो विवरण और पता दें -

7. दिनांक/दुर्घटना का समय -
8. दुर्घटना का स्थान -
9. दुर्घटना का प्रकार -
10. डॉक्टर/अस्पताल का नाम जो/जहाँ दिवंगत/
विकलांग ने इलाज लिया हो -
11. पुलिस स्टेशन जहाँ दुर्घटना दर्ज किया गया -
12. नामजद का नाम -
13. आयु -
14. दिवंगत/विकलांग से संबंध -
15. दावे का प्रकार : दुर्घटना मृत्यु/स्थायी संपूर्ण अशक्तता/
स्थायी आंशिक अशक्तता
16. स्थायी संपूर्ण अशक्तता/
स्थायी आंशिक अशक्तता का प्रकार

स्थान :

दिनांक :

हस्ताक्षर

कयर श्रमिक और या नामजद का

प्रमाणीकरण

जुटाए गए दस्तावेज़/वैयक्ति पूछ-ताछ के सत्यापन पर, एतद्द्वारा यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती दिवंगत/विकलांग था / एक वास्तविक कयर श्रमिक है और यह भी प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती (पता) आयु..... श्री/श्रीमती के पुत्र/पुत्री/पिता/माता/पत्नी/पति/विधिसम्मत वारिस दिवंगत/विकलांग कयर श्रमिक के नामजद है जो बीमा योजना मुआवज़ा प्राप्त कर सकता है ।

दावे के निपटारा केलिए निम्नलिखित दस्तावेज़ संलग्न है ।

1. मृत्यु - प्रमाणक
2. पुलिस रिपोर्ट/प्रथम सूचना रिपोर्ट
3. जहाँ उपलब्ध हो शव-परीक्षा रिपोर्ट
4. पंजीकृत चिकित्सा कर्ता से अशक्तता प्रमाणक
5. कयर सोसाइटी/इकाई/स्थापना से पहचान प्रमाणक

स्थान :

दिनांक :

कार्यालय : मुहर

कयर बोर्ड के प्राधिकृत अधिकारी का हस्ताक्षर

नाम :

पदनाम :

- नोट :
1. राज अक्षर मात्र में दावा फार्म भरा जाना चाहिए ।
 2. जो लागू न हो उसे काट दे ।