**दि ओरिएंटल इंश्‍योरेंस कंपनी लिमिटेड**

प्रधान कार्यालय: ए-25/27, आसफ अली रोड, नई दिल्‍ली-110002

**जन दायित्‍व बीमा अधिनियम 1991 पॉलिसी के लिए दावा फार्म**

**पॉलिसी सं...................दावा सं.......................**

**इस फार्म का जारी करना दायित्‍व की स्‍वीकृति के रूप में नहीं लिया जाना चाहिए ।**

इस फार्म को पूर्ण रूप से भर कर तुरन्‍त कंपनी में जमा करवाना चाहिए । इसे जमा करवाने में विलंब इसलिए नहीं होना चाहिए कि कोई वांछित विवरण तुरंत उपलब्‍ध नहीं है । इसको इसके पश्‍चात जितनी जल्‍दी हो सके कंपनी को प्रेषित कर दें।

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 1. (क) बीमाधारक का नाम :.....................................   (ख) पता :.....................................  (ग) पॉलिसी सं. ...................................................................  (घ) पॉलिसी अवधि :.....................................(ड;) पॉलिसी के अन्‍तर्गत क्षतिपूर्ति की सीमायें: ............................. |
| 2. | दुर्घटना का विवरण: (क) घटित होने की दिनांक:............ समय:...............पूर्वाह्रन/अपराह्रन  (ख) दुर्घटना का स्‍थान:...........................................(ग) आपको दुर्घटना का कब मालूम हुआ?...................(घ) आपको दुर्घटना की रिर्पोट कब की गई?.......................(ड) बीमाकर्ता को दावे की प्रथम सूचना कब दी गई?........... |
| 3 | दुर्घटना के परिणामों का विवरण:(अ) क्‍या दुर्घटना से किसी व्‍यक्ति को कोई चोट पहुंची? यदि ऐसा है तो  (1) ऐसे व्‍यक्तियों का नाम/नामों, पता/पते और व्‍यवसाय  ...............................................................  (2) बताएं कि दुर्घटना के समय ये व्‍यक्ति कहां थे।      (3) क्‍या चोटिल व्‍यक्तियों को अस्‍पताल में भर्ती कराया या चिकित्‍या उपलब्‍ध करवाई गई? यदि ऐसा हो तो विवरण दें।..........................................................................................  (आ) क्‍या दुर्घटना के कारण सम्‍पत्ति या पशुधन को क्षति हुई? यदि ऐसा है तो सम्‍पत्ति तथा पशुधन के मालिक का नाम और पता/पते दिये जायें एवं सम्‍पत्ति का पूर्ण विवरण और क्षति की प्रकृति एवं सीमा को दर्शाएं।  ...................................................................................................................................  (इ) क्‍या किसी अन्‍य व्‍यक्ति ने आप पर दावा किया है। यदि ऐसा है, तो किसने, उसका पूर्ण विवरण दिया जाये (यदि दावा लिखित में किया गया, तो अधिसूचना तथा बिल की प्रति संलग्‍न की जाए।  .................................................................................................................................  (ई) - (अ), (आ) एवं (इ) के अंतर्गत अलग-अलग दावे की अनुमानित राशि । |
| 4 | (अ) यदि संभव हो तो दुर्घटना के सभी गवाहों के नाम और पते दीजिये  ........................................................................................................................  (आ) क्‍या दुर्घटना को किसी अन्‍य प्राधिकरण में दर्ज कराया गया? यदि ऐसा हो तो कहां तथा जमा की गई रिर्पोट की प्रति संलग्‍न करें।............................................................................................................................... (इ) यदि प्राधिकरण ने कोई कार्रवाई की हो, तो बतायें...............................................................................................................................  (ई) यदि इस जोखिम से संबंधित कोई अन्‍य बीमा हो, तो उसका विवरण दें  ......................................................................................................................... |

मैं/हम, उपरोक्‍त नामित एतद्द्वारा यहां घोषणा करता /करते हैं कि मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सही हैं, तथा प्रत्‍येक संबंध में पूर्वगामी वक्‍तव्‍य की वांरटी दी जाती है कि तथा मैंने/हमने, कोई अन्‍य घोषणा जो कंपनी को इस दुर्घटना के लिए आवश्‍यक हो,में कंपनी को यदि कोई झूठा और धोखाधडी वाला विवरण दिया जाता है या किन्‍हीं तथ्‍यों को छुपाया जाता है, तो मेरा/हमारा दावा पूर्ण रुप से जब्‍त किया जा सकता है, और पॉलिसी अमान्‍य समझी जायेगी।

बीमाधारक के हस्‍ताक्षर...............

दिनांक.................