



युनाइटेड इंडिया इश्यूरेन्स कं.लि.
UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED
पंजीकृत और प्रधान कार्यालय : 24 वाइटस रोड चेन्नै-600014
Regd & Head Office : 24 Whites Road Chennai -600014

संघमारी दावा फार्म
BURGLARY CLAIM FORM

यह फार्म जारी करने से दाखिल की स्वीकृति संस्थापित नहीं होती। नुकसान होने के चौदह दिन के अंदर संबद्ध वाउचर आदि के साथ यह फार्म भरकर वापस करे।

The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return the form completed within Fourteen days of the loss together with the relevant vouchers etc.

दावा सं.
Claim No.

पॉलिसी सं.
Policy No.

1. क) बीमाधारक का नाम (पूरा) 1. a) Name of Insured in (full) ख) पता b) Address : ग) व्यवसाय c) Business :	क) a) ख) b) ग) c)
2. क) नुकसान से संबंधित जगह का पता दे। उस जगह का उपयोग किस रूप में हो रहा था ? 2. a) State address of the premises at which the loss occurred. How was the said premises occupied ?	
3. क) नुकसान का समय व तारीख a) Date and time of loss : ख) कब किसे पता लगा ? b) When discovered and by whom ?	क) a) ख) b)
4. क) जगह में प्रवेश/से निर्गम किस प्रकार हुआ ? a) How was entry to/exit from the premises effected ? ख) प्रवेश/निर्गम से जगह के किस भाग पर असर पड़ा ? b) Which portion of the premises was effected by the entry or exit ? ग) नुकसान कैसे हुआ उसका सुस्पष्ट संक्षिप्त ब्योरा दे। (चोरी हुई वस्तुओंका और यदि संपत्ति का कोई नुकसान हुआ हो तो उसका ब्योरा पिछले पृष्ठ पर लिखे। c) Give brief details of how exactly the loss occurred. (Specify over leaf the articles stolen and property if any, damaged)	क) a) ख) b) ग) c)
5. क) शिकायत पुलिस थाने में दर्ज करायी है ? यदि हो तो किसने कब और कौनसे पुलिस थाने में। पुलिस शिकायत की प्रति संलग्न करे। a) Has a complaint been lodged with the Police Station ? If so by whom and when and at which Police Station ? Attach a copy of the police complaint. ख) यदि नहीं, तो उसे तुरन्त करे और उसकी प्रति कंपनी को भेजे। b) If not, this may be done immediately and a copy thereof furnished to the Company.	क) a) ख) b)
6. क) नुकसान के समय जगह उपयोग में लाई जा रही थी ? a) Where the premises occupied at the time of loss ?	क) a)

<p>ख) यदि नहीं तो किस तारीख और समय तक जगह का आखरी उपयोग किया गया था ।</p> <p>b) If not, on what date and at what hour were they last occupied ?</p> <p>ग) पॉलिसी लेने या नवीकरण करने के पहले कितने समय से जगह का उपयोग नहीं हो रहा था ।</p> <p>c) For how long have the premises been unoccupied since the policy was effected or last renewed ?</p>	<p>ख)</p> <p>b)</p> <p>ग)</p> <p>c)</p>
<p>7. क) यदि किसी पर चोरी की शंका है तो उसका विस्तृत ब्योरा दे ।</p> <p>7. a) Is anybody suspected of the theft ? If so, state full details</p>	
<p>8. क) क्या बीमाधारक,</p> <p>a) Is the Insured the sole owner of</p> <p>1) चोरी या नुकसानित संपत्ति का</p> <p>1) the property lost or damaged ?</p> <p>2) जगह का अकेला ही मालिक है ?</p> <p>2) the premises ?</p> <p>ख) क्या बीमाधारक जगह की मरम्मत के लिए जिम्मेदार है ।</p> <p>b) Is the Insured responsible for repairs to the premises ?</p>	<p>क)</p> <p>a)</p> <p>1)</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p>2)</p> <p>ख)</p> <p>b)</p>
<p>9. क) नुकसान के समय जगह पर की संपत्ति को कुल मूल्य लिखें ।</p> <p>a) State the total value of Property upon the premises at the time of loss.</p> <p>ख) उक्त संपत्ति का अग्नि, बीमा की राशि व बीमाकर्ता का नाम लिखें ।</p> <p>b) State the amount of fire Insurance upon such property and name's of the Insurer's</p>	<p>क)</p> <p>a)</p> <p>ख)</p> <p>b)</p>
<p>10. क) यदि मौजूदा नुकसानित संपत्ति किसी अन्य बीमा पॉलिसी में भी सम्मिलित है, तो उसका पूरा विवरण दे ।</p> <p>a) Is there are other insurance against the Present loss under any other policy ? If so, give full particulars.</p>	

मैं/हम घोषित करता हूँ/करते हैं कि ऊपर दिए गए ब्योरे सही और सभी दृष्टी से सत्य है और वर्णित चीजें व संपत्ति नामांकित व्यक्ति/व्यक्तियों की ही हैं । इनके अलावा किसी भी व्यक्ति का इस पर मालिक, गिरवीदार, ट्रस्टी या अन्य रूप में कोई अधिकार नहीं है ।

I/We hereby declare that the foregoing particulars are true and correct in every respect and that the articles are property described belong to the person/s named no other person having any interest therein, whether as Owner, Mortgage, Trustee or otherwise.

स्थान :

Place :

दिनांक :

Date :

बीमाधारक के हस्ताक्षर,

Signature of Insured,