

प्रधान मुख्य वनसंरक्षक, महाराष्ट्र राज्य, नागपूर यांचे कार्यालय
“वनमवन” रामगिरी रोड, सिव्हील लाईन, नागपूर-४४०००९

क्रमांक-कक्ष-७(अ)/वकनि/प्र.क्र.०९(०९-१०)/१५५/१०-११
नागपूर- ४४०००९, दिनांक १२/११/२०१०

प्रति,
अध्यक्ष विभागीय समिती,
महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधी तथा
मुख्य वनसंरक्षक (प्रादेशिक/वन्यजीव) (सर्व)
मुख्य वनसंरक्षक (कार्यआयोजना) सर्व
मुख्य वनसंरक्षक (मुल्यांकन व राष्ट्रियीकरण)
वनसंरक्षक (प्रादेशिक/वन्यजीव)(सर्व)
उपवनसंरक्षक (प्रादेशिक/वन्यजीव)(सर्व)
संचालक, सामाजिक वनीकरण संचालनालय म.रा.पुणे
सहसंचालक, सामाजिक वनीकरण वृत्त (सर्व)
उपसंचालक, सामाजिक वनीकरण विभाग (सर्व)

विषय:- महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधी योजने अंतर्गत सभासदांचा
सामुहिक अपघात विमा काढणेबाबत

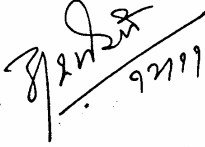
महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधीचे बहुतांश सभासदांच्या अपघाती मृत्यू प्रकरणी असे निदर्शनास आले आहे की, संबंधित विभागीय समित्यांकडून दि ऑरीएन्टल इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड, नागपूर तसेच या कार्यालयास मृत्यू बाबतची माहिती विलंबाने सादर केली जाते तसेच काही प्रकरणी माहिती न सादर करता विलंबाने अपुर्ण दस्तावेज सादर केले जातात. तसेच काही विभागीय समितींकडून सदरील सभासदांचे सदस्यत्व पूर्णजिवीत नसतांना सुध्दा विमा दावा मिळण्यासंबंधी पत्रव्यवहार केला जातो. परिणामतः मृत सभासदांचे कुटुंबियांना विमा दाव्याची रक्कम मिळण्यास विलंब होतो. तसेच काही प्रकरणी विमा कंपनीद्वारे विमा दावा खारीज केले जातात.

तरी सर्व विभागीय समिती अध्यक्ष यांना कळविण्यात येते की, त्यांनी खालील सूचनांचे काटेकोरपणे पालन करावे जेणेकरून अपघाती मृत्यू झालेल्या सभासदांचे कुटुंबियांना विमा राशी तातडीने उपलब्ध करून देणे शक्य होईल.

१) सभासदांचा मृत्यू झाल्यास त्याबाबतची माहिती दि ऑरीएन्टल इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड, नागपूर तसेच या कार्यालयास मृत्यूचे दिनांकापासून १५ दिवसांचे आत प्रथमतः प्राथमिकस्तरावर देण्यात यावी.

२) समासदांच्या मृत्यूची माहिती सादर केल्यानंतर ३० दिवसांचे किंवा मृत्यूचे दिनांकापासून ४५ दिवसांचे आत मूल समासदांचे विमा दाव्यासंबंधी खालील दस्तावेज दि ओपीएन्टल इन्शुरेंस कंपनी लिमिटेड, नागपूर यांचेकडे तसेच त्या सर्व दस्तावेजांचा एक संच या कार्यालयास न चुकता सादर करणे आवश्यक राहिल.

- अ) क्लेम फॉर्म मुळप्रतीत (सोबत जोडला आहे).
- ब) एफ.आय.आर., स्पॉट पंचनामा, इन्व्हेस्ट पंचनामा, पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट मुळ प्रतीत किंवा फक्त पोलीस खात्या मार्फत साक्षात्कीत केलेली.
- क) नगर परिषद द्वारा जारी केलेले मृत्यू प्रमाण पत्र मुळ प्रतीत.
- ड) वारसान प्रमाण पत्र (अफीडेवीट) मुळ प्रतीत.
- इ) सर्विस रेकार्ड आपले कार्यालयामार्फत साक्षात्कीत करून.
- ई) वाहन चालवितांना अपघात झाला असल्यास वाहन चालविण्याच्या परवान्याची साक्षात्कीत केलेली छायांकीत प्रत.
- फ) मृत्यू पहिले ज्या डॉक्टरने उपचार केला त्या डॉक्टरचे प्रमाणपत्र.
- ह) पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट मधिल पृष्ठ क्रमांक ८ वर Viscera Preserved नमूद असल्यास Viscera Report.


११/११

सदस्य सचिव कार्यकारी समिती
महाराष्ट्र राज्य वन कर्मचारी कल्याण निधी
तथा मुख्य वनसंरक्षक (मानव संसाधन व्यवस्थापन)
नागपूर

प्रतीलिपी :- प्रशासकीय अधिकारी, प्रधान मुख्य वनसंरक्षक, म.रा. नागपूर यांचे कार्यालय यांना
माहिती व आवश्यक कार्यवाहीसाठी अर्पित.

प्रधान मुख्य वनसंरक्षक, महाराष्ट्र राज्य, नागपूर यांचे कार्यालय

“वनभवन” रामगिरी रोड, सिव्हील लाईन, नागपूर-४४०००१

क्रमांक-कक्ष-७(अ)/वकनि/प्र.क्र. ३० /३९६/१२-१३
नागपूर- ४४०००१, दिनांक ९ /११/२०१२

प्रति,
अध्यक्ष विभागीय समिती,
महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधी तथा
अपर प्रधान मुख्य वनसंरक्षक (वन्यजीव/कार्य आयोजना) (सर्व)
मुख्य वनसंरक्षक (प्रादेशिक/वन्यजीव) (सर्व)
मुख्य वनसंरक्षक (कार्यआयोजना) सर्व
उपवनसंरक्षक (प्रादेशिक/वन्यजीव)(सर्व)
मुख्य वनसंरक्षक तथा उपमहासंचालक, सामाजिक वनीकरण वृत्त (सर्व)
उपसंचालक, सामाजिक वनीकरण विभाग (सर्व)

विषय:- महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधी योजने अंतर्गत सभासदांचा
सामुहिक अपघात विमा काढणेबाबत

महाराष्ट्र राज्य वनकर्मचारी कल्याण निधीचे बहुतांश सभासदांच्या अपघाती मृत्यू प्रकरणी असे
निदर्शनास आले आहे की, संबंधित विभागीय समित्यांकडून दि ओरीएन्टल इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड,
नागपूर, तसेच या कार्यालयास मृत्यू बाबतची माहिती विलंबाने सादर केली जाते तसेच काही प्रकरणी
माहिती न सादर करता. विलंबाने अपुर्ण दस्तावेज सादर केले जातात. तसेच काही विभागीय
समित्यांकडून सदरील सभासदांचे सदस्यत्व पुनर्जिवीत नसतांना सुध्दा विमा दावा मिळण्यासंबंधी
पत्रव्यवहार केला जातो. परिणामतः मृत सभासदांचे कुटुंबियांना विमा दाव्याची रक्कम मिळण्यास विलंब
होतो. तसेच काही प्रकरणी विमा कंपनीद्वारे विमा दावा खारीज केले जातात.

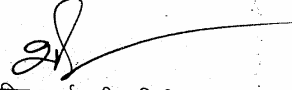
तरी सर्व विभागीय समिती अध्यक्ष यांना कळविण्यात येते की, त्यांनी खालील सूचनांचे काटेकोरपणे
पालन करावे जेणेकरून अपघाती मृत्यू झालेल्या सभासदांचे कुटुंबियांना विमा राशी तातडीने उपलब्ध
करून देणे शक्य होईल.

१) सभासदांचा मृत्यू झाल्यास त्याबाबतची माहिती दि ओरीएन्टल इन्श्योरेंस कंपनी
लिमिटेड, नागपूर तसेच या कार्यालयास मृत्यूचे दिनाकापासून १५ दिवसांचे आत प्रथमतः
प्राथमिकस्तरावर देण्यात यावी.

२) सभासदांच्या मृत्यूची माहिती सादर केल्यानंतर ३० दिवसांचे किंवा मृत्यूचे दिनाकापासून
४५ दिवसांचे आत मृत सभासदांचे विमा दाव्यासंबंधी खालील दस्तावेज दि ओरीएन्टल इन्श्योरेंस
कंपनी लिमिटेड, नागपूर यांचेकडे तसेच त्या सर्व दस्तावेजांचा एक संघ या कार्यालयास न
चूकता सादर करणे आवश्यक राहिल.

- अ) क्लेम फार्म मुळप्रतीत (सोबत जोडला आहे).
- ब) एफ.आय.आर., स्फॉट पंचनामा, इन्क्वेस्ट पंचनामा, पोस्ट मार्टम रिपोर्ट मुळ
प्रतीत किंवा फक्त पोलीस खात्या मार्फत साक्षांकीत केलेली.
- क) नगर परिषद द्वारा जारी केलेले मृत्यू प्रमाण पत्र मुळ प्रतीत.

- ड) वारसान प्रमाण पत्र (अफीडेवीट) मुळ प्रतीत.
इ) सर्विस रेकार्ड आपले कार्यालयामार्फत साक्षांकीत करून.
ई) वाहन चालवितांना अपघात झाला असल्यास वाहन चालविण्याच्या परवान्याची साक्षांकीत केलेली छायांकीत प्रत.
फ) मृत्यू पहिले ज्या डॉक्टरने उपचार केला त्या डॉक्टरचे प्रमाणपत्र.
ह) पोस्ट मॉटम रिपोर्ट मधिल पृष्ठ क्रमांक ८ वर Viscera Preserved नमूद असल्यास Viscera Report.



सदस्य सचिव कार्यकारी समिती
महाराष्ट्र राज्य वन कर्मचारी कल्याण निधी
तथा मुख्य वनसंरक्षक (मानव संसाधन व्यवस्थापन)
नागपूर

प्रतिलिपी :- प्रधान मुख्य वनसंरक्षक तथा महासंचालक, सामाजिक वनीकरण, मं.रा.पुणे यांना माहितीस सादर.
प्रतिलिपी :- प्रशासकीय अधिकारी, प्रधान मुख्य वनसंरक्षक, म.रा. नागपूर यांचे कार्यालय यांना माहिती व आवश्यक कार्यवाहीसाठी अग्रेषित.

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

दि ओरिएण्टल इन्शोरेंस कम्पनी लिमिटेड
THE ORIENTAL INSURANCE CO. LTD.

Incorporated in India Subsidiary of General Insurance Corporation of India
Regd. Office Oriented House, A-2527, Asaf Ali Road, New Delhi 110 002.

This form is issued without admission of liability and must be completed and returned within seven days after its receipt. No claim can be admitted unless a medical certificate overleaf be furnished at the Claimant.

Claim No. _____		Policy No. _____	
1. Name in full _____ Residence _____ Business Address _____ Present Business or Occupation _____ if more than one, state all		Present Age _____ Years Height _____ M.CMS. Weight _____ Kgs. at _____ Kgs.	
2. (a) When and how did accident occur? State day, date and hour (b) Where did it occur ? (c) Give full particulars of the cause and the injuries sustained			
3. Give name and address of the witness of the accident.			
4. (a) Give name and address of the doctor who attended you. (b) Name and address of the usual Medical Attendant.			
5. State where and when a Medical or other officer of the Company can visit you, if necessary.			
6. (a) State the number of days you have been necessarily and entirely confined to Bed, Room or House as the sole and direct result of the injuries sustained and disabled from engaging in any employment or occupation of any description whatsoever. (b) have you in any way attended to business or work during the above period. (c) If you have been able to attend to any portion of your business or occupation please state form what date.		for _____ days from _____ To _____ (Both inclusive) [a] [b]	
7. Have you previously claimed or received compensation under an Accident and / or Sickness policy? if so please, give particulars.			
8. (a) Are you insured elsewhere? (b) If so please give full details of such insurances and the name of each Company or Insurer and amount you are entitled to claim		[a] _____ [b] _____	

I HEREBY DECLARE that I have received the injuries above described and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect and I have made, or it shall make falls or under statement, suppression or concealment my right to compensation shall be absolutely forfeited.

I claim to be paid sum of _____ per week or the total sum of _____ which I agree to accept in full settlement of my claim on the Company.

Date _____ 19

Signature _____

PRIVATE & CONFIDENTIAL

MEDICAL REPORT

दि ओरिएण्टल इन्शोरेंस कम्पनी लिमिटेड
THE ORIENTAL INSURANCE CO. LTD.

Incorporated in India Subsidiary of General Insurance Corporation of India
Regd. Office Oriented House, A-2527, Asaf Ali Road, New Delhi 110 002.

NOTE: This form is to be completed by the Claimants Medical Attendant whose replies should be full as possible.

Policy No. _____	Claim No. _____
1. CLAIMANT Name in full _____ Age _____	
2. The nature and extent of injuries : (if to a limb state whether right or left)	
3. The cause of the accident, so far as known to you.	
4. (a) Date of your first attendance upon him in consequence of the injuries sustained. (b) Are you still in attendance ?	(a) (b)
5. Are you his usual Medical Attendant and if so how long have you known him, and for what have you been attended him ?	
6. (a) Are his symptoms (i) due exclusively to the accident or (ii) traceable to disease infirmity or any other cause. (b) Has he ever suffered from Gout, Rheumatism, Diabetes or Fits? (c) Is there anything in his medical history which may have contributed directly or indirectly, to the accident or which may likely to retard his recovery? (d) Have you any reason to suppose that he was under the influence of intoxicants at the time of the accident?	(a) (i) (b) (c) (d)
7. State the time within your own knowledge that the claimant has been, as the direct and sole consequence of the injuries sustained necessarily confined to his bed, room or house and disabled from engaging in any employment or occupation of any description whatsoever. If still so confined state the probable duration of confinement.	From _____ to _____ (Both inclusive)
8. (a) Has he been able to attend to any portion of his business or occupation. (b) If so, from what date (c) If not, please state probable date (i) of his being so able (ii) of his complete recovery	(a) (b) (c) (i) (ii)
9. Is there now any disability? if not Please give date of recovery	
10. Any further recovery	

I hereby certify that above named met with the accident referred to and that the foregoing are correct.

Signature _____ Qualification _____

Address _____ Date _____

Doctor's Seal

or Rubber Stamp

MISC - 88 G. M. 5000 / 4-96

दि ओरिएण्टल इन्ड्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
(भारतीय साधारण बीमा निगम की सहाय्यक कम्पनी)



THE ORIENTAL INSURANCE CO., LTD.
(Subsidiary of General Insurance Corporation of India)

पंजीकृत कार्यालय : ओरिएण्टल हाऊस, पो. बॉ. नं. ७०३७, ए-२५/२७, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002.
REGD. OFFICE : ORIENYAL HOUSE, P. B. No. 7037, A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi - 110 002.

जनता व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा क्लेम फार्म

JANATA PERSONAL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

इस फार्म को जारी करने से यह नहीं मान लिया जाए कि कम्पनीने दायित्व स्वीकार कर लिया है।

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

क्लेम नं. : _____ Claim No. _____

सेक्शन 1 / Section I	
1. (क) बीमाकृत का नाम 1. (a) Insured's Name	(क) _____ (a) _____
(ख) पत्ता (b) Address	(ख) _____ (b) _____
(ग) आयु (c) Age	(ग) _____ (c) _____
2. (क) पॉलिसी नं. 2. (a) Policy No.	(क) _____ (a) _____
(ख) बीमे का अवधि (b) Period of insurance	(ख) _____ (b) _____
(ग) जारी करने वाला कार्यालय (c) Issuing Office	(ग) _____ (c) _____

3. दुर्घटना कब हुई है ? 3. When did the accident occur ?	तारीख Date	समय Time				स्थान Place	क्या पुलिस को सूचना दी गयी ? हां / नहीं Whether reported to the Police ? Yes/No
		सुबह Morning	दोपहर Afternoon	शाम Evening	रात Night		

4. (क) जहाँ दुर्घटना की रिपोर्ट दर्ज की गयी उस पुलिस स्टेशन का नाम और पता 4. (a) Name and address of the Police Station at which accident is reported (ख) कृपया सी.आर. नंबर दें (b) Please give C. R. No. (ग) दुर्घटना कैसे हुई उसका विवरण (c) Details as to how did the accident occur	(क) _____ (ख) _____ (ग) _____ (घ) _____
--	--

5. (क) क्या आपको दुर्घटना के तुरंत बाद अस्पताल / डाक्टर के पास पहुँचाया गया था ? 5. (a) Were you removed to hospital/doctor immediately after the accident ? (ख) यदि हाँ तो अस्पताल / डाक्टर का नाम और पता लिखें। (b) If yes, state name and address of the Hospital/doctor	(क) _____ (ख) _____ (घ) _____
--	-------------------------------------

6. (क) क्या आपने कोस अन्य जनता व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी ली है ? (a) Have you taken any other Janata Personal Accident Policy ? यदि हाँ तो उसका विवरण लिखें। If yes please state : 1. कंपनी का नाम / Name of the Company 2. जारी करनेवाले कार्यालय का पता 2. Address of issuing Office 3. पॉलिसी नं. / Policy No. 4. बीमे की अवधि / Period of Insurance	(क) हाँ / नहीं (a) Yes / No 1. : _____ 2. : _____ 3. : _____ 4. : _____
---	--

7. क्या दुर्घटना के परिणाम स्वरूप : 7. The accident has resulted into :	(क) मृत्यु हुई (a) Death (ख) शारीरिक क्षति हुई (विवरण दें) (b) Bodily Injury : (give Details)
--	--

मैं इसदस्तावेज पर घोषित करता हूँ और आश्वस्त करता हूँ कि उक्त विवरण सही तरीके से सही है और यदि मैंने झूठा विवरण दिया है या झूठा विवरण देना अथवा उसमें मिथ्याकथन अथवा दमन है या किसी बात को छुपाया गया है तो इस पॉलिसी के तहत मुझे के मेरे अधिकारी पूर्णतया जवाब दायी होंगे।

I hereby declare and warrant the truth of the forgoing particulars in every respect and if I have made or shall make false statement or if there be any understatement or suppression or concealment, my right to compensation under the policy shall be absolutely forfeited.

बीमित / नामित के हस्ताक्षर Signature of the Insured / Nominee नाम / Name _____ स्थान / Place _____ तिथि / Date _____	साक्षी के हस्ताक्षर Signature of the Witness नाम / Name _____ स्थान / Place _____ तिथि / Date _____
--	---

यदि घोषणकर्ता किसी प्रादेशिक भाषा में हस्ताक्षर करता है या अंगूठे का निशान लगाता है तो साक्षी को निम्नलिखित घोषणा पर भी हस्ताक्षर करना चाहिए। प्रमाणित किया जाता है कि इस फार्म के विवरण घोषणकर्ता को उसके द्वारा समझी जानेवाली भाषा में समझा दिया गया और उसने विवरण को मूली भाँति समझलेने के बाद ही यहाँ पर अपने हस्ताक्षर किए हैं। अपना अंगूठा निशान लगाया है। हस्ताक्षर / Signature _____ पुराना नाम / Full Name _____ पद / Designation _____ पता / Address _____ दूरभाष नं. / Telephone No. _____	If the declarant signs in vernacular or affixes thumb impression, the witness should also sign the following declaration Certified that the contents of this form were explained to the declarant in vernacular and he/she has affixed his/her signature/thumb impression hereto after fully understanding the same. _____ _____ _____ _____ _____
---	--

सेक्शन 2 (चिकित्सालय प्राधिकारियों / चिकित्सक द्वारा भरा जाए)

Section II (To be completed by hospital authorities/Doctor)

1. अस्पताल/डाक्टर का नाम और पता
Name and address of Hospital / Doctor
2. दाखिले की तारीख
Date of admission
3. अस्पताल से छुटी मिलने की तारीख
Date of Discharge
4. (क) क्या यह आत्महत्या / आत्महत्या का प्रयत्न / जानबुझकर की गयी स्व-क्षति है।
(a) Is it a case of suicide/attempted suicide/intentional self injury
(ख) क्या मृत/ क्षतिग्रस्त व्यक्ति दुर्घटना के समय शराब/ड्रग के प्रभाव में था।
(b) Was the deceased/injured person under the influence of intoxicating liquor or drugs at the time of accident.

1. _____
2. _____
3. _____
4. (क) _____
(a) _____
(ख) _____
(b) _____

5. (क) अपंगत्व/ मृत्यु का कारण
(a) Cause of disability/death.
(ख) क्या दुर्घटना के परिणामस्वरूप एक हाथ/दोनों हाथ या एक पैर/दोनों पैर या एक आँख/दोनों आँखें बेकार हुईं या अन्य किसी प्रकार का स्थायी अपंगत्व आया, जिससे सीमित किसी भी प्रकार का व्यवसाय न कर सके, न उसमें लग सके और न ही उसकी ओर ध्यान दे सके। यदि हाँ तो कृपया विवरण दें।
(b) Has the accident resulted into loss of hand/s or foot/feet or eyes/s or permanent disability of any other type which may prevent the Insured from engaging in or being occupied with or giving attention to any employment or occupation whatsoever. If yes, please give details
(ग) क्या मृत्यु दुर्घटना के परिणामस्वरूप हुई है।
(c) Has the accident proved to be fatal.

तारीख
Date

अस्पताल की स्वर की मुहर
Rubber stamp of Hospital

अस्पताल/उपचार गृह के सक्षम पदाधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Competent Authority of Hospital/Nursing Home

नाम / Name
पदनाम / Designation

नेक्शन ३.

बीमाकृत की मृत्यु होनेपर नामित द्वारा भरा जाए

Section III

(To be completed by nominee in the event of Insured's Death)

नामित का विवरण

Details of Nominee

(क) पूरा नाम

(a) Full Name

(क) _____

(a) _____

(ख) पता

(b) Address

(ख) _____

(b) _____

(ग) आयु

(c) Age

(ग) _____

(c) _____

(घ) मृत व्यक्ति के साथ सम्बन्ध

(d) Relationship with the deceased

(घ) _____

(d) _____

तारीख

Date

कृपया नीचे दिये दस्तावेज संलग्न करें

Please attach the following documents

1. मृत्यु प्रमाण-पत्र

Death Certificate

2. शव चिकित्सा रिपोर्ट

Post Mortem Report

3. मूल पॉलिसी

Original Policy

नामित के हस्ताक्षर

Signature of the Nominee

Mudrankan MISC - 210 / PRO
BIL