



BE INSURED... REST ASSURED

Motor Insurance Claim Form**मोटर दावा प्रपत्र**

The issue of this form is not an admission of liability. Please fill in all columns of the claim form. Attach Separate Sheet if the space is not sufficient.

इस प्रपत्र को जारी करने का अर्थ दायित्व ग्रहण करना न समझा जाए। कृपया दावा प्रपत्र के सभी कालम भरे। जगह के अभाव में अलग से शीट जोड़ सकते हैं।

1. Insured Details / बीमित विवरण:

Claim Number: दावा नम्बर	Policy Number: पॉलिसी नम्बर	Insured: बीमित
Period of Insurance: (From) बीमे की समय अवधि (कब से)	(To) (कब तक)	
Telephone Number (Landline): टेलीफोन नम्बर	(Mobile) मोबाइल	
Address (where all correspondence be done regarding this claim): पता		

2. Vehicle Detail / वाहन का विवरण:

Regd. No पंजीकृत संख्या	Date of Registration पंजीकरण दिनांक	Registration Authority पंजीकरण प्राधिकरण
Make & Model	Type of Fuel ईधन का प्रकार	Color of Vehicle वाहन का रंग
Registered Owner पंजीकृत मालिक	Transfer of Ownership (if any) मालिकाना हक का स्थानान्तरण	
Engine No इंजन नं	Chassis No चेसिस नं	
Type of Body बॉडी का प्रकार	Class of Vehicle वाहन का प्रकार	Seating Capacity बैठने की क्षमता
Previous Insurer Name & Policy Number पूर्व बीमा कंपनी का नाम व पॉलिसी नं	Expiry Date of Previous Insurer Policy पूर्व पॉलिसी की समाप्ति तिथि	Claim History in Previous Insurer's Policy पूर्व पॉलिसी पर दावो का विवरण

3. Accident/Theft Details / दुर्घटना / चोरी का विवरण:

Date of Accident/Theft दुर्घटना / चोरी की दिनांक	Time समय
Place of Accident/Theft दुर्घटना / चोरी का स्थान	Estimated Loss Amount अनुमानित नुकसान राशि
Name and Address of the Workshop with Phone No कार्यशाला का नाम व पता एवं टेलीफोन नं.	
Purpose for which Vehicle was being used at the time of Accident/ Theft दुर्घटना / चोरी के समय वाहन का उपयोग किस प्रयोजन के लिए किया जा रहा था	
Number of Person Travelling at the Time of Accident/Theft दुर्घटना / चोरी के समय पर वाहन में कुल सवारियों की संख्या	
FIR No. (If reported to Police) & Name of Police Station एफआईआर नं (अगर थाने में रिपोर्ट की) एवं पुलिस थाने का नाम	
Circumstances & Cause of Accident/Theft दुर्घटना / चोरी की परिस्थितियाँ एवं कारण	

4. Commercial Vehicle Details / वाणिज्यिक वाहन का विवरण:

Fitness Certificate No फिटनेस प्रमाण पत्र नं	Expiry Date समाप्त की दिनांक
Carrying Capacity (good vehicle) ले जाने की क्षमता (माल वाहन)	Details of Load Challan लोड चालान का विवरण
Passenger Carrying Capacity सवारी की क्षमता	No of Passengers at the time of accident दुर्घटना के समय कुल सवारियों की संख्या

5. Third Party Claims Details / तृतीय पक्ष के दावे का विवरण:

Report if accident has resulted in injury/death to third party. दुर्घटना के कारण तीसरी पक्ष को चोट/मृत्यु का विवरण

Name / नाम	Address / पता	Detail of Injury / चोट का विवरण (Major/Minor/Death)	Your Employee / आपका कर्मचारी (Yes/No)

Name of the Hospital where treatment done
हॉस्पिटल का नाम जहाँ उपचार किया गया

Estimated Third Party (If not your Own) Property Damaged (If Any)
तृतीय पक्ष की अनुमानित क्षतिग्रस्त सम्पत्ति

**Registration No. of other vehicle responsible for accident
दर्घटना के लिए जिम्मेदार अन्य वाहन का पंजीकरण नं**

6. Driver Details / चालक का विवरण:

Driver Name चालक का नाम	Address with Telephone Number पता एवं टेलीफोन नं	
Driving License No चालक लाइसेंस संख्या	Effective From कब से	To कब तक
Registered Owner पंजीकृत मालिक	Type of license लाइसेंस का प्रकार	Learning /Permanent अस्थाई / स्थाई
Authorized to drive the types of vehicles किस प्रकार के वाहन चलाने के लिए अधिकृत हैं।		
Details of Endorsement / Suspension, if any पृष्ठाकृति / निलंबन का ब्यौरा यदि कोई हो		

7. NEFT Payment Detail / एनईएफटी भुगतान का विवरण:

Bank Account Holder Name
खातेदार का नाम

Father/Husband Name in Bank Account
बैंक खाते में पिता / पति का नाम

Mr. _____

Bank Name बैंक का नाम

Branch Name शाखा का नाम

Branch Address शाखा का पता

City शहर State राज्य

Account Number खाता संख्या

Digitized by srujanika@gmail.com

Page 1 of 1

I confirm that I had proposed for insurance of my cited vehicle which is evidenced by the Policy issued by Shriram General Insurance Company Ltd. I confirm that all information furnished to the Company though the proposal and any other interactions with the company w.r.t. the cited vehicle are true.

मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मैंने अपने उल्लेखित वाहन का बीमा प्रस्तावित किया था जिसका साथ्य श्रीमान जरनल इंश्योरेंस के द्वारा जारी की गई पॉलिसी है। मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्ताव पत्र में दी गई जानकारी तथा उल्लेखित वाहन के सम्बन्ध में किया गया व्यवहार सत्य है।

Place स्थानः

Signature of Insured
बीमित के हस्ताक्षर

Date दिनांक:

Shriram General Insurance Company Ltd.

Head Office : E-8, EPIP, RIICO Industrial Area, Sitapura, Jaipur - 302022, Ph. 01414828400, Fax 0141-2770693