



दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड The New India Assurance Company Limited

(भारत सरकार का उपक्रम / Government of India Undertaking)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : न्यू इन्डिया एश्योरन्स बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई - 400 001.

Regd. & Head Office : New India Assurance Building, 87, M. G. Road, Fort, Mumbai - 400 001.

(GSTIN No. : 27AAACN4165C3ZP / IRDA Registration No. : 190 / CIN No. : L66000MH191900000526 / UIN No. : IRDAN190P0046V01100001)

जारीकर्ता कार्यालय / Issuing Office :

सरल संपूर्ण किसान बीमा पॉलिसी हेतु दावा प्रपत्र CLAIM FORM FOR SARAL SAMPURNA KISAN BIMA POLICY

(इस प्रपत्र का जारी किया जाना दायित्व की स्वीकृति नहीं मानी जाएगी)

(The issue of this form is not to be taken as an admission of liabilities)

बीमाधारक का नाम :

Name of the Insured : _____

पता :

Address : _____

पिन कोड / PIN Code : _____

संपर्क क्रमांक : लैंडलाइन / मोबाईल नंबर :

Contact No. : Landline / Mobile No. : _____

पॉलिसी क्रमांक / Policy Number : _____

बीमा की अवधि / Period of Insurance : _____

खंड I (ए) और (बी) - आवास और घरेलू सामग्री :

Section I (A) & (B) - Dwelling & Home Contents :

1)	भवन / आवास / खोई हुई सामग्री का विवरण : Details of Building / Dwelling / Contents lost :	
2)	क्षति की तिथि / Date of Loss :	
3)	क्षति का कारण : Cause of Loss :	
4)	क्षति का अनुमान : Estimate of Loss :	
5)	क्या पुलिस प्राधिकारियों को क्षति की सूचना दी गई है; हां या नहीं : Whether loss reported to police authorities; Yes or No :	
6)	क्षति को कम करने के लिए किए गए उपायों का विवरण : Details of steps taken to minimize the loss :	

खंड II - जनता व्यक्तिगत दुर्घटना :

Section II - Janata Personal Accident :

1)	बीमित व्यक्ति का नाम : Name of Insured Person :	
2)	लिंग / Sex :	

3)	आयु / जन्म तिथि / Age / Date of Birth :	
4)	दुर्घटना की तिथि / Date of Accident :	
5)	मृत्यु / दिव्यांगता की तिथि : Date of Death / Disability :	
6)	संक्षेप में दुर्घटना का विवरण : Details of Accident in Brief :	
7)	पुलिस को दी गई सूचना की तिथि : Date of Intimation to Police :	

कृपया एफआईआर एवं पोस्टमार्टम रिपोर्ट / दिव्यांगता प्रमाणपत्र जमा करें ।
Please submit FIR & Post Mortem Report / Disability Certificate.

खंड III - कृषि पंपसेट :

Section III – Agriculture Pumpset :

1)	हानि या क्षति कब हुई (राज्य, तिथि और समय) : When did loss or damage occur (State, Date and Time) :	
2)	घटना के गवाहों के नाम और पता दें : Give the name and address of the witnesses to the occurrence :	
3)	क) क्षतिग्रस्त वस्तुएँ : a) Item damaged :	
	ख) बीमा राशि : b) Sum Insured :	
	ग) निर्माण वर्ष, मेक और मॉडल : c) Year of Manufacture, Make & Model :	
	घ) क्षतिग्रस्त हिस्से को उसी आकार और क्षमता के नए हिस्से से बदलने की लागत क्या है ? d) What is the cost of Replacement of damaged part by a new part of same size & capacity ?	
4)	क्षति का कारण क्या था और यह कैसे हुआ ? (विस्तार से उत्तर दें) What was the cause of the damage and how did it occur ? (Answer in detail)	
5)	क्या पम्पसेट की पहले कोई मरम्मत हुई है ? ऐसी मरम्मत की प्रकृति क्या थी ? मरम्मतकर्ता का नाम और पता दें : Has the Pumpset undergone any repairs previously ? What was the nature of such repairs ? Give name & address of the Repairer :	

खंड IV - पशु बीमा :

Section IV – Cattle Insurance :

1)	पशु / पशुधन का प्रकार : Type of Cattle / Livestock :	
----	---	--

2)	मृत्यु की तिथि / Date of Death :						
3)	बीमारी की प्रकृति : Nature of Illness :						
4)	मृत्यु से पूर्व क्या पशु बीमार था : Whether the animal was sick before death :						
5)	उपचार करने वाले पशु चिकित्सक का नाम : Name of the treating Veterinary Doctor :						
6)	विवरण / Description :						
	टैग नंबर या पहचान चिन्ह Tag No. or Identification Mark	प्रजाति और नस्ल Species and Breed	लिंग, रंग और पूर्ण भेद चिन्ह (जैसे कान के निशान, चिन्ह दोष आदि) Sex, colour & full distinguishing Mark (such as ear marks, scars, defect etc.)	उम्र वर्ष में Age in Years	ऊँचाई Height	प्रस्तावक क्रय की तिथि तथा क्रय मूल्य Date of purchase by the proposer and cost price to the proposer	वर्तमान बाजार मूल्य (रु.) Present Market Value (Rs.)

कृपया टैग एवं योग्य पंजीकृत पशु चिकित्सक द्वारा पोस्टमॉर्टम और मृत्यु प्रमाणपत्र संलग्न करें ।

Please attach Tag, Death & Postmortem Certificate conducted by Qualified Registered Veterinary Doctor.

खंड V - पशु चालित गाड़ी :

Section V – Animal Driven Cart

1)	क्षति की तिथि / Date of Loss :			
2)	क्या पुलिस को सूचना दी गई ? Whether intimation given to Police ?			
3)	यदि हां, तो एफआईआर संलग्न करें । If Yes, attach FIR.			
4)	निम्नलिखित प्रारूप में दुर्घटना का पूरा विवरण दें : Give full details of Accident in the following format :			
	दुर्घटना का विवरण Description of Accident	गाड़ी की अनुमानित क्षति Estimated Damage to Cart	अनुमानित तृतीय पक्ष संपत्ति क्षति Estimated Third Party Property Damage	यात्रियों या तृतीय पक्ष की चोट हेतु अनुमानित देयता Estimated Liability for Third Party Injury or Injury to Passengers

खंड VI - पेडल सायकिल :
Section VI - Pedal Cycle :

1)	चोरी या दुर्घटना / Theft or Accident :				
2)	क्षति की तिथि / Date of Loss :				
3)	क्या पुलिस को सूचना दी गई : Whether intimation given to Police :				
4)	यदि हां, तो एफआईआर संलग्न करें : If Yes, attach FIR :				
5)	निम्नलिखित प्रारूप में दुर्घटना का पूरा विवरण दें : Give full details of Accident in the following format :				
	दुर्घटना का विवरण Description of Accident	निर्माता का नाम, मेक, वर्ष और बीमा राशि Make, Year & Name of Mfr. & Sum Insured	पेडल साइकिल को हुई अनुमानित क्षति Estimated Damage to Pedal Cycle	अनुमानित तृतीय पक्ष संपत्ति क्षति Estimated Third Party Property Damage	यात्रियों या तृतीय पक्ष की चोट हेतु Estimated Liability for Third Party or or Injury to Passengers

स्थान अपर्याप्त होने की स्थिति में पृथक शीट संलग्न की जा सकती है ।
In case of insufficient place, separate sheet may be attached.

बीमित व्यक्ति के बैंक खाते का विवरण :
Details of Insured's Bank Account :

1)	पैन नंबर / PAN No. :	
2)	बैंक खाता नंबर / Bank Account No. :	
3)	बैंक का नाम और शाखा : Bank Name & Branch :	
4)	चैक / डीडी का विवरण : Cheque / DD Payable details :	
5)	आईएफएससी कोड / IFSC Code :	

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार प्रपत्र में निहित सभी विवरण सत्य हैं ।
I declare that to the best of my knowledge all particulars contained in the form are true.

दिनांक / DATE : _____

स्थान / PLACE : _____

दावाकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of the Claimant