

## 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) मोबाईल	
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 ईंधन 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 चैसिस 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 दावों 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 तृतीय 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

दुर्घटना 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 अस्थायी / स्थायी

Authorized to drive the types of vehicles किस प्रकार के वाहन चलाने के लिए अधिकृत है।

Details of Endorsement / Suspension, if any

पृष्ठांकन/निलंबन का ब्यौरा यदि कोई हो

**7. NEFT Payment Detail / एनईएफटी भुगतान का विवरण:**

Bank Account Holder Name खातेदार का नाम	Mr.																		
Father/Husband Name in Bank Account बैंक खाते मे 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																			
IFSC Code आई.एफ.एस.सी संख्या																			
Account Type खाते का प्रकार																			

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 through 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 साक्ष्य श्रीमरा जनरल इश्योरेंस के द्वारा जारी की गई पॉलिसी है। मैं यह पुष्टि करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्ताव पत्र मे दी गई जानकारी तथा उल्लेखित वाहन के सम्बन्ध में किया गया व्यवहार सत्य है।

Place स्थान:

Signature of Insured

Date दिनांक: \_\_\_\_\_

बीमित के हस्ताक्षर

Shriram General Insurance Company Ltd.

Head Office: E-8, EPIP, RIICO Industrial Area, Jaipur 302022, Ph 0141-3928400, Fax 0141-2770693

**Shriram General Insurance Co. Ltd.**

(A joint venture with Sanlam, South Africa)

E-8, EPIP, RIICO, Sitapura, JAIPUR (Raj.) 302 022

Phone: 0141-3928400 ; FAX - +91-141-2770693

**Format-II**

**Claim Discharge Cum Satisfaction Voucher**

Claim No. ....

Received from SHRIRAM GENERAL INSURANCE CO. LTD. the sum of Rs.  
.....towards FULL and FINAL SETTLEMENT of claim under  
Policy Number.....in respect of damage to /loss of  
.....on.....

I am fully satisfied with Full & Final settlement with respect to my claim.

Rs. ....

Revenue  
Stamp

Signature of Insured

Insured Signature Verified\_\_\_\_\_

(Signature of Surveyor)