



युनाइटेड इंडिया इन्सुरेन्स कम्पनी लिमिटेड **UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.**

Regional Office : 178, Dr. Nanjappa Road, Coimbatore - 641 018. 2235429, 2239738

MOTOR VEHICLE CLAIM FORM

2239716, 2239742

THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT TO BE TAKEN AS ADMISSION OF ANY LIABILITY

Please answer all required questions fully

Policy No. பாலிசி எண்.								
Period of insurance காப்பீடு காலம்	From		To		Date of Intimation தகவல் தரும் நாள்		Time : நேரம்	Hrs மணி
Name of the Insured (as per Insurance policy) காப்பீடு செய்தவர் பெயர் (பாலிசிபடி)				Name of the Owner of vehicle (as per RC Book) வாகன உரிமையாளர் பெயர் (RC புக் படி)				
Correspondence Address of the insured / காப்பீடு செய்தவர் அஞ்சல் முகவரி				VEHICLE PARTICULARS / வாகன விபரம்				
				Vehicle No. வாகன எண்				
				Class of Vehicle வாகன வகை				
				Maker's class RC புக்படி				
				RC valid upto RC முடியும் நாள்				
Mobile No. / கைபேசி எண்.				FC valid upto / FC முடியும் நாள்				
E-mail ID / மின் அஞ்சல்				Tax paid upto / வரி முடியும் நாள்				
DETAILS OF ACCIDENT / விபத்து விபரம்				PLACE OF ACCIDENT / விபத்து நடந்த இடம்				
Date / நாள்				City / ஊர்				
Time / நேரம்				Road / தெரு				
Police Station / காவல் நிலையம்				Location / குறிப்பிடம்				
FIR No. / எப்.ஐ.ஆர்.எண்				Area Land Mark / அருகே				
GD entry No. & Date / GD குறிப்புண் & நாள்								
If FIR is not lodged or delayed, please give reasons : FIR பதிவு செய்யவில்லை எனில், அல்லது தாமதம் ஏற்பட்டிருப்பின், காரணம்								
For what purpose was the insured vehicle used at the time of accident? வாகனம் எந்த உபயோகத்திற்காக ஓட்டப்பட்டிருந்தது? (Personal use / Rental) சொந்த உபயோகம் / வாடகைக்கு								
Please describe how the accident happened (If space is not sufficient, use a separate sheet) (விபத்து பற்றிய விரிவான விபரம்)								
DRIVER OF THE VEHICLE (வாகன ஓட்டுனர் விபரம்)								
Name / பெயர்				Relationship with the insured (Self/ Paid driver/friend/If relative, how related) / காப்பீடு செய்தவருக்கு எவ்வகையில் தொடர்புள்ளவர்?				
DRIVING LICENCE PARTICULARS (ஓட்டுனர் உரிமம் பற்றிய விபரம்)								
Issued by(RTO) /RTO அலுவலகம்				Vehicles authorised to drive உரிமைபெற்ற வாகன வகைகள்				
Place / இடம்		D.L. No. ஓட்டுனர் உரிமம் எண்		Valid upto / முடியும் நாள்				
Issued on / வழங்கப்பட்ட நாள்				Badge No. / பாடஜ் எண்.		Date : நாள் :		
INJURY DETAILS OF OTHER PERSONS TRAVELLED IN YOUR VEHICLE AT THE TIME OF ACCIDENT (வாகனத்தில் பயணம் செய்தவர்களின் காயம் பற்றிய விவரங்கள்)								
Name / பெயர்		Relationship / உறவுமுறை		If labourer, wages per month/ சுலி எனில், மாத வருமானம்		Insured / deceased? காயம் / இறப்பு		Contact No. / தொடர்பு எண்
DETAILS OF DAMAGE VEHICLE INVOLVED & THIRD PARTY INJURY / PROPERTY DAMAGE (விபத்தின் தொடர்புடைய மற்ற வாகனம் மற்றும் மூன்றாம் நபர் / உடமை சேதம்)								
Vehicle No. / வாகன எண்				Owner's Name / உரிமையாளர் பெயர்				
Type of Vehicle / வாகன வகை				Contact Number / தொடர்பு எண்				
No. of persons injured/ காயப்பட்டோர் எண்ணிக்கை				Driver's Name / ஓட்டுனர் பெயர்				
No. of persons died/ இறந்தோர் எண்ணிக்கை				Contact Number / தொடர்பு எண்				
DETAILS OF WITNESSES OF ACCIDENT / (சாட்சிகள் பற்றிய விபரம்)								
Name / பெயர்		Address / முகவரி		Contact No. / தொடர்பு எண்				

FOR GOODS VEHICLES ONLY (சரக்கு வாகன விபரம்)

Nature of Goods carried கொண்டுசென்ற சரக்கு வகை	Weight of goods carried கொண்டுசென்ற சரக்கு எடை
Type of permit பெர்மிட் வகை	Weight of goods permitted அனுமதிக்கப்பட்ட சரக்கு எடை
Whether the vehicle attached with Trailer(s)? டிரைலர் இணைக்கப்பட்டுள்ளதா?	States permitted to operate மாநில உரிமங்கள்

FOR PASSENGER VEHICLES ONLY (பயணிகள் வாகனங்கள் விபரம்)

No. of passengers carried in the vehicle பயணிகள் எண்ணிக்கை	Permit valid upto பெர்மிட் முடியும் நாள்
No. of passengers permitted as per permit அனுமதிக்கப்பட்ட பயணிகள் எண்ணிக்கை	Permitted route அனுமதிக்கப்பட்ட வழித்தடம்
No. of passengers died இறந்த பயணிகள் எண்ணிக்கை	No. of passengers injured காயமடைந்தவர்கள் எண்ணிக்கை

DETAILS OF DAMAGE TO INSURED VEHICLE (வாகன சேத விபரம்)	ADDRESS OF REPAIRER/GARAGE (ரிப்பேர் சரிசெய்யப்படும் இடம்)
	Contact person Mr. /தொடர்புக்கு : திரு. Mobile/Phone No. /தொடர்பு எண்.

Total estimate of repairs உத்தேச சேத மதிப்பு	Rs. ரூ	IDV as per the policy காப்பீடு தொகை பாலிசிபடி	Rs.
---	-----------	--	-----

PREVIOUS INSURANCE DETAILS (IF ACCIDENT OCCURRED WITHIN 15 DAYS OF PRESENT INSURANCE COVER)

(முந்தைய காப்பீடு விபரம் - காப்பீடு துவங்கி 15 நாட்களுக்குள் விபத்து ஏற்பட்டிருப்பின்)

Previous Policy No. முந்தைய காப்பீடு எண்	Insurance Company முந்தைய காப்பீடு நிறுவனம்
Period of Insurance காப்பீடு காலம்	From To Comprehensive Liability only முழுக்காப்பீடு / மூன்றாம் நபர் மட்டும்

PREVIOUS CLAIM DETAILS (IF ACCIDENT OCCURRED WITHIN A YEAR BEFORE THE PRESENT ACCIDENT)

(முந்தைய இழப்பீட்டு விபரம் (தற்போதைய விபத்தில் இருந்து ஒரு வருட முன்புக்குள் விபத்து நடந்திருப்பின்))

Policy No. காப்பீடு எண்	Date of Accident விபத்து நடந்த நாள்
Previous Period of Insurance முந்தைய காப்பீடு காலம்	From To Amount claimed காப்பீடு பெற்ற தொகை
	Rs.

NAME OF THE INSURED CLAIMANT AS APPEARING IN THE BANK A/C. காப்பீடு செய்தவர் பெயர் வங்கி கணக்கு புத்தகத்தில் உள்ளபடி
BANK NAME / வங்கியின் பெயர்
BANK BRANCH & ADDRESS / வங்கியின் கிளை மற்றும் முகவரி
BANK ACCOUNT NUMBER / வங்கி கணக்கு எண்
BANK ACCOUNT TYPE / வங்கி கணக்கு வகை SB/CA
IFSC CODE / ஐ.எப்.எஸ்.சி.கோடு எண்.

I hereby authorise United India Insurance Co. Ltd. to make the payment of claim to above referred Bank A/c. and I confirm the Bank A/c. detailed furnished as above are correct

NAME OF THE INSURED CLAIMANT / காப்பீடு செய்தவர் பெயர்
SIGNATURE OF THE INSURED CLAIMANT / காப்பீடு செய்தவரின் கையொழுத்து

DATE / தேதி

Note : Please enclose a legible copy of a cheque leaf of the above mentioned Bank Account or Copy of the front page of the pass book

DECLARATION

I / we the above named, do hereby, to the best of my / our knowledge and belief, warrant the truth of the foregoing statement in every respect, and I / we have made, or in any further declaration, the Company may require in respect of the said accident, shall make any false or fraudulent statement, or any suppression or concealment of fact, the policy shall be void and all right to recover thereunder, in respect of past, present or further accidents shall be forfeited.

Place / இடம்

Date / தேதி

*Signature of the Insured. காப்பீடு செய்தவர் கையொப்பம்

(*Only the insured should sign this claim form)

(காப்பீடு செய்தவர்தான் கையொப்பம் இடவேண்டும்)

For Office use only/

அலுவலக உபயோகத்திற்கு மட்டும்