संदर्भ क्र. विविमं/२०२६–२७/१८९ सुधारित पत्र दिनांक : ११ ऑगस्ट, २०२६.

प्रति,
मा. प्राचार्य/ मा. संचालक/ मा. विभागप्रमुख
सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित सर्व महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था,
सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठातील सर्व पदवी व पदव्युत्तर विभाग

विषय : २०२६–२७ या शैक्षणिक वर्षातील विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना.

महोदय/महोदया,

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ विद्यार्थी विकास मंडळामार्फत विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना सन १९९२–९३ पासून सुरू करण्यात आली आहे. सध्या ज्या विद्यार्थ्यांनी महाविद्यालयात/मान्यताप्राप्त परिसंस्थेत आणि विद्यापीठ विभागात नियमित प्रवेश घेतला आहे अशा सर्व विद्यार्थ्यांकडून या योजनेअंतर्गत विमा निधी घेण्यात येतो.

शैक्षणिक वर्ष २०२६–२७ साठी (२९ जून २०२६ ते २८ जून २०२७) युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे यांच्याबरोबर विद्यार्थ्यांच्या अपघाती विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे.

विद्यापीठ अधिकार मंडळाने घेतलेल्या निर्णयानुसार यापूर्वी देण्यात येणाऱ्या विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा आर्थिक सहाय्य रकमेत सुधारणा करण्यात आली असून शैक्षणिक वर्ष २०२५–२६ पासून विद्यार्थी अपघात विमा सुरक्षा योजनेअंतर्गत मिळणारी रक्कम व तपशील खालील चौकटीत दिला आहे.

Sr. No.	Particulars of Coverage	Amount of coverage Rs.
01	Accidental Death	**Rs. 2,00,000/-**
02	Loss of two limbs, eyes or one limb and eye.	**Rs. 2,00,000/-**
03	Loss of one limb or one eye.	**Rs. 1,00,000/-**
04	Permanent Total Disablement from injuries other than Those named above (PTD)	**Rs. 2,00,000/-**
05	Medical expenses arising out of accidental injuries due to Hospitalization for every students	**Rs. 1,00,000/-**
06	Any one accident Limit	**Rs. 50,00,000/-**

प्रचलित पध्दतीनुसार आंशिक अपंगत्व, कायमचे अपंगत्व, अपघातग्रस्त विद्यार्थ्यांना औषधोपचारासाठी तसेच मृत्यू पावलेल्या विद्यार्थ्यांच्या पालकांना उपरोक्त निर्धारित संपूर्ण भरपाई रक्कम फक्त विमा कंपनीकडून मिळते याकरिता;

१. **अपघाती मृत्यू आणि दुखापत या दोन्ही प्रकरणांमध्ये अपघाताच्या तारखेपासून शक्यतो ०७ दिवसांच्या आत विमा कंपनीस दाव्याबाबत (प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र)) विमा कंपनीच्या pchpune@uiic.co.in या ईमेल वर सूचित करणे आवश्यक आहे.**

२. **वरीलप्रमाणे प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) फक्त ईमेलद्वारे तर विमा कंपनीचा सोबत जोडलेला विहित नमुन्यातील अर्ज व संबंधीत सर्व कागदपत्रे यांची पूर्तता विमा कंपनीच्या pchpune@uiic.co.in या ईमेल वर तसेच विमा कंपनीच्या अधिकाऱ्यांच्या खालील ईमेल वर देखील आणि विमा कंपनी कार्यालयास (पोस्टाद्वारे किंवा हस्तपोहोच) करणे अनिवार्य आहे, याची नोंद घ्यावी. सदर संपूर्ण कार्यवाही ही लवकरात लवकर पूर्ण करणेबाबत प्रयत्न करावेत.**

३. **यानंतर विहित नमुन्यातील अर्ज आवश्यक त्या सर्व कागदपत्रांसह (उदा. १) प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) २) विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज ३) अनुषंगिक कागदपत्रे.) पूर्तता विमा कंपनीस (युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे – ४११ ००६ या पत्त्यावर) करणे आवश्यकच आहे.**

४. **वरीलप्रमाणे अपघात विमा दाव्यासंबंधी आपण विमा कंपनीस पाठवित असलेला ईमेल हा विद्यापीठाच्या bsdinsurance@unipune.ac.in या ईमेलवर (Cc) म्हणून देखिल पाठविणे अनिवार्य आहे, याची नोंद घ्यावी.**

युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे या संस्थेचा पत्ता, दूरध्वनी क्रमांक व ईमेल खाली दिला आहे. सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहिल्यानगर व (केंद्रशासित प्रदेश सिल्वासासह) नाशिक जिल्हयांतील सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभाग यांनी अधिक माहितीसाठी पुढील क्रमांकावर संपर्क साधावा.

विमा कंपनी कार्यालयाचा पत्ता आणि फोन नं.

युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड
गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर,
रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे – ४११ ००६.
फोन नं. : (०२०) २६६८४०४१ / २६६८४०४४

प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र आणि विहित नमुन्यातील अर्ज व संबंधीत सर्व कागदपत्रे पाठविण्यासाठी ईमेल : pchpune@uiic.co.in

विमा अधिकारी ईमेल व मोबाईल संपर्क

Name		Email id		Phone no.
Jyoti Talekar	:	jyotitalekar@uiic.co.in	:	9869079794
Viplove Gedam	:	viploveg@uiic.co.in	:	8983374363
Prabhakar More	:	prabhakarmore77@gmail.com	:	9767560022

सोबत : सूचना पत्र व विमा संरक्षण नुकसान भरपाई दावा सुधारित अर्ज.

याव्यतिरिक्त शासन निर्णयानुसार राज्यातील अकृषी विद्यापीठे तसेच संलग्नित महाविद्यालय/परिसंस्थेतील विद्यार्थ्यांसाठी विद्यार्थी वैयक्तिक अपघात विमा (Personal Accident Insurance) तसेच ऐच्छिक स्वरूपातील विद्यार्थी वैद्यकीय विमा (Medical Insurance) योजना लागू करण्यात आली आहे.

मात्र सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाच्या विद्यार्थी अपघात विमा सुरक्षा योजनेअंतर्गत वरीलप्रमाणे मिळणाऱ्या रक्कमेपेक्षा जास्त विमा रकमेचे संरक्षण करू इच्छित असतील तर अशा सर्व इच्छुक विद्यार्थ्यांना शासन स्तरावरील ''स्वामी विवेकानंद युवा सुरक्षा योजना'' बाबत अवगत करून सदर योजनेसाठी विकसित करण्यात आलेल्या svyuvasuraksha.org या संकेतस्थळावर मार्गदर्शन घेऊन आपल्या स्तरावर नोंदणी व इतर आवश्यक ती कार्यवाही करण्याबाबत संबंधितांना सूचित करावे. याबाबतचे सविस्तर पत्र विद्यार्थी विकास मंडळाच्या लिंकवर उपलब्ध आहे.

कळावे, ही विनंती.

(डॉ. सविता कुलकर्णी)
संचालक, (अतिरिक्त कार्यभार)
विद्यार्थी विकास मंडळ

यूनाइटेड इंडिया इन्सुरंस कं. लि.	
नुकसान / अपघात सूचना पत्र - सम्पत्ति तथा दुर्घटना हब- पुणे	
सर्व रकाने भरणे आवश्यक आहे, कुठलाही रकाना रिकामा ठेऊ नये.	
विमाधारकाचे नाव	
पॉलिसी नंबर	1608004226P104665720
पॉलीसीचा कालावधी	From : OO:OO Hrs of 29/06/2026 To Midnight of 28/06/2027
पॉलिसीचा प्रकार	GROUP PERSONAL ACCIDENT POLICY
नुकसान / अपघाताची तारीख	
नुकसान / अपघाताची वेळ	
नुकसान / अपघाताचा तपशील (वर्णन) - स्टॉक, मशिनरी, गोडाऊन इ. यांच्या नुकसानीचा तपशील - व्यक्तीस (विमाधारक, विमाधारक चा कर्मचारी किंवा इतर व्यक्ती)दुखापत किंवा मालमत्तेचे नुकसान, असल्यास त्याचा तपशील -	
वैयक्तिक अपघात पॉलिसी असेल तर - मृत्यू, कायमस्वरूपी पूर्ण अपंगत्व, कायमस्वरूपी आंशिक अपंगत्व, तात्पुरते पूर्ण अपंगत्व, वैद्यकीय खर्च - या पैकी कोणता दावा करत आहेत ते नमूद करावे. वैद्यकीय खर्च दावा करत असताना - दावा रक्कम नमूद करावी	
नुकसान / अपघाताचे ठिकाण -पूर्ण पत्ता	
दुरुस्तीचे अंदाजपत्र / इस्टीमेट	रुपये - /-
सूचना देण्यास विलंब / उशीर झाला असेल तर त्याचे कारण विमाधारकाने नमूद करावे	
विमाधारका चा मोबाईल नंबर	
विमाधारका चा ई-मेल आयडी	

दिनांक

वेळ **विमाधारकाची सही**

UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

Format for Claim Intimation - P & C Hub Pune

All fields are mandatory hence do not keep any field blank.

Name of Insured				
Policy No.	1608004226P104665720			
Policy Period	**From**	OO:OO Hrs of 29/06/2026	**To**	Midnight of 28/06/2027
Policy Type	GROUP PERSONAL ACCIDENT POLICY			
Date of Loss				
Time of Loss				
Cause of Loss (in detail) - Loss to Stock, Machinaries, Stock in godowns etc. to be provided - Any loss to Insured / Employees of Insured / Third party viz. monetory loss / injury / death etc				
In case of PA policy - Please specify claim is regarding Death / PTD / PPD / TTD / Medical Expenses. Please mention Medical Expenses amount (if claiming)				
Loss Location - Complete Address				
Loss Estimate				
Reason for Delay in intimation from Insured only (if any)				
Mobile No. of Contact Person				
Email ID of Insured / claimant				

Date

Time **Signature of Insured**

अपंगत्व (पीटीडी / पीपीडी) / वैद्यकीय खर्चाची प्रकरणे - कागदपत्रांची यादी (Without Prejudice)

दस्तऐवजाचे नाव	प्राप्त झाले	शेरा
दावा सूचना अर्ज (Intimation Form) - महाविद्यालयाच्या प्राचार्यांनी स्वाक्षरी करावा		
महाविद्यालय आणि पुणे विद्यापीठ यांच्या संलग्नतेचे प्रमाणपत्र		
महाविद्यालयाकडून बोनाफाईड प्रमाणपत्र - मूळ प्रत		
ओळखपत्राची प्रत - महाविद्यालयाकडून प्रमाणित केलेली		
अपघात घडलेल्या संपूर्ण महिन्याच्या महाविद्यालयातील उपस्थिती नोंदवहीची प्रमाणित प्रत		
पालकांकडून सूचना देण्यास झालेल्या विलंबाचे कारण देणारे पत्र - अनिवार्य		
दावा अर्ज (Claim Form)		
शासकीय संस्था किंवा रुग्णालयाने जारी केलेले अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र - सत्यप्रत.		
शासकीय संस्था किंवा रुग्णालयाने जारी केलेले दिव्यांग ओळखपत्र - सत्यप्रत		
रुग्णालयाची बिले किंवा औषधांची बिले - मूळ प्रत - दिनांकानुसार		
दुखापतीशी संबंधित वैद्यकीय कागदपत्रे तारखेनुसार - रुग्णालयात दाखल असल्यास अनिवार्य - सर्व लॅब रिपोर्ट, एक्स-रे, सीटी स्कॅन / एमआरआय रिपोर्ट, डिस्चार्ज समरी इत्यादी.		
मेडिको लीगल प्रमाणपत्र (MLC) - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
एफआयआर - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
पंचनामा - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
विद्यार्थ्याच्या आधार कार्डाची प्रत		
विद्यार्थ्याच्या पॅन कार्डची प्रत		
विद्यार्थ्याचे बँक तपशील (Bank Details) किंवा रद्द केलेला धनादेश (Cancelled Cheque)		
वर्तमानपत्रातील कात्रण (असल्यास)		
विमाधारकाकडून किंवा कुटुंबातील सदस्यांकडून अपघाताचा व्हिडिओ, सीसीटीव्ही फुटेज किंवा फोटो (उपलब्ध असल्यास)		
इतर कोणताही दस्तऐवज - गरजेनुसार		

Disablement / Medical Expenses cases - List of Documents (Without Prejudice)		
Name of the Document	**Received**	**Remarks**
Claim Intimation form - to be signed by College Principle		
Copy of College affiliation (Registration reference number) with Pune University		
Bonafied Certificate from College - Original		
Copy of Identity Card - certified by college		
Certified copy of Attendance Register from college for whole month in which accident took place		
Letter for providing reason for delayed intimation from parents- Compulsory		
Claim Form		
Disablement Certificate issued by Govt. Authority or Hospital- True copy.		
Disabled ID Card issued by Govt. Authority or Hospital- True copy		
Hospital Bills or Medicines Bills - Original - Date wise		
Injury related Medical papers datewise - If hospitalised then compulsory - All Lab report, X rays, CT Scan / MRI reports, Discharge Summary etc		
Medico Legal certificate (MLC)- True Copy from Police Authority		
FIR - True Copy from Police Authority		
Panchnama - True Copy from Police Authority		
Copy of Aadhar Card of student		
Copy of Pan Card of student		
Bank details or Cancelled Cheque of injured student		
Newspaper cutting (if any)		
Loss videos or CCTV footage or photos from insured or family members(if available)		
Any other document - Case to case basis		

मृत्यू - कागदपत्रांची यादी (Without Prejudice)

दस्तऐवजाचे नाव	प्राप्त झाले	शेरा
दावा सूचना अर्ज (Intimation Form) - महाविद्यालयाच्या प्राचार्यांनी स्वाक्षरी करावा		
महाविद्यालय आणि पुणे विद्यापीठ यांच्या संलग्नतेचे प्रमाणपत्र		
महाविद्यालयाकडून बोनाफाईड प्रमाणपत्र - मूळ प्रत		
ओळखपत्राची प्रत - महाविद्यालयाकडून प्रमाणित केलेली		
अपघात घडलेल्या संपूर्ण महिन्याच्या महाविद्यालयातील उपस्थिती नोंदवहीची प्रमाणित प्रत		
ज्या कायदेशीर पालकाच्या नावाने दावा रक्कम अदा करण्यात येणार आहे, त्या कायदेशीर पालकाचे नाव – महाविद्यालयाच्या लेटरहेडवर		
पालकांकडून सूचना देण्यास झालेल्या विलंबाचे कारण देणारे पत्र - अनिवार्य		
दावा अर्ज (Claim Form)		
मृत्यु प्रमाणपत्र - खरी प्रत		
दुखापतीशी संबंधित वैद्यकीय कागदपत्रे तारखेनुसार - रुग्णालयात दाखल असल्यास अनिवार्य - सर्व लॅब रिपोर्ट, एक्स-रे, सीटी स्कॅन / एमआरआय रिपोर्ट, डिस्चार्ज समरी इत्यादी.		
मेडिको लीगल प्रमाणपत्र (MLC) - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
एफआयआर - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
पंचनामा - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
अ समरी अहवाल - तहसीलदार कार्यालय / पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत - पाण्यात बुडून मृत्यू , सर्पदंश, प्राण्यांचा हल्ला इत्यादी केसेस मध्ये		
शवविच्छेदन अहवाल - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
व्हिसेरा अहवाल - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत - जर व्हिसेरा जतन केला असेल तर		
केमिकल विश्लेषण अहवाल - जर रक्ताचा नमुना विश्लेषणासाठी जतन केला असेल तर - पोलिसांकडून मिळालेली खरी प्रत		
मृत विद्यार्थ्याच्या आधार कार्डाची प्रत		
मृत विद्यार्थ्याच्या पॅन कार्डची प्रत		
कायदेशीर पालकाचे बँक खात्याचे तपशील किंवा रद्द केलेला धनादेश (Cancelled Cheque)		
वर्तमानपत्रातील कात्रण (असल्यास)		
विमाधारकाकडून किंवा कुटुंबातील सदस्यांकडून अपघाताचा व्हिडिओ, सीसीटीव्ही फुटेज किंवा फोटो (उपलब्ध असल्यास)		
इतर कोणताही दस्तऐवज - गरजेनुसार		

Death cases - List of Documents (Without Prejudice)

Name of the Document	Received	Remarks
Claim Intimation form - to be signed by College Principle		
Copy of College affiliation (Registration reference number) with Pune University		
Bonafied Certificate from College - Original		
Copy of Identity Card - certified by college		
Certified copy of Attendance Register from college for whole month in which accident took place		
Declaration of Legal Guardian on whose name claim payment to be disbursed - from college authority on their letterhead		
Letter for providing reason for delayed intimation from parents- Compulsory		
Claim Form		
Death Certificate - True copy		
Injury related Medical papers datewise - If hospitalised then compulsory - All Lab report, X rays, CT Scan / MRI reports, Discharge Summary etc		
Medico Legal certificate (MLC)		
FIR - True Copy from Police Authority		
Panchnama - True Copy from Police Authority		
A summary report - True Copy from SDM (Tahsildar) / Police Authority - Drowning, Snakebite, Animal attack etc,		
Post Mortem Report - True Copy from Police Authority		
Viscera Report - True Copy from Police Authority - if Viscera preserved		
Chemical Analysis report - if blood sample preserved for analysis purpose - True Copy from Police Authority		
Copy of Aadhar Card of deseased student		
Copy of Pan Card of deseased student		
Bank details or Cancelled Cheque of Legal Guardian		
Newspaper cutting (if any)		
Loss videos or CCTV footage or photos from insured or family members(if available)		
Any other document - Case to case basis		

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

REGD & HEAD OFFICE: NO 24 WHITES ROAD CHENNAI – 600 014

The issue to this form is not to be taken as an admission of Liability

Personal Accident Insurance Claim Form (Particulars) of Accident)

Policy No. 1608004226P104665720

Claim No.

TO BE COMPLETED BY THE INSURED

1. (a) Name of the Insured [in full] ____________________
   (b) Name of the injured Person
   (c) Address in full
   (d) Profession or occupation
   (e) Age at last birthday

2.

	Policy No. 1608004226 P104665720	Sum Insured	Table of Cover	Period
(i)				
(ii)				
(iii)				

3	a) Date of the accident? Time of accident? Place of Accident? Name and address of witness	
4	How did the accident occur ?	

5.	Nature of injury received (If to limb or eye state whether right or left)	
6.	a) Nature of disablement Extent of disablement Confined to bed Confined to house b) Present state of incapacity	[from ________________ To ________________] [from ________________ To ________________]
7.	Name and address of surgeon in attendance	
8.	a) Where and when can a Medical Officer of the Company visit you, if necessary ? Name of nearest railway station and distance therefrom	
9.	α) Are you insured in any other office or offices granting compensation for accident If so state name and address of company or companies and amount of insurance	

I hereby declare that the foregoing statements are made by myself and are true in all respect and that I have not attempted to conceal from the Company anything which it ought to be made acquainted and also that I have not abstained from any usual occupation longer than absolutely necessary and I agree that if I have made, or in any further declaration the Company may require, shall make any false or fraudulent statement or any suppression, concealment or untrue averment whatever, the Policy shall be void and my right to compensation forfeited and am willing, if required to make a Statutory Declaration before a Justice of the Peace of the truth of the whole of the foregoing statement or any other statement I may make a connection with this claim.

Witness:

Name______________________ Signature of the Insured_________________

Signature Date :
Date
Address