



दूरध्वनी क्रमांक २५६२२६८०,
२५६२२६८४

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ

(पूर्वीचे पुणे विद्यापीठ)
विद्यार्थी विकास मंडळ

गणेशखिंड, पुणे ४११००७



सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ
[संवित्तीय संस्था]

संदर्भ क्र. विविम/ २०२३—२४/४०५

महत्त्वाचे

दिनांक : ३० डिसेंबर, २०२३.

प्रति,

मा. प्राचार्य/ मा. संचालक/ मा. विभागप्रमुख

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठीशी संलग्नित सर्व महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था,
सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठातील सर्व पदवी व पदव्युत्तर विभाग.

विषय : विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजनेबाबत.

संदर्भ : या विभागाचे विविम/ २०२३—२४/००१, दि. २९ जून, २०२३ चे पत्र.

महोदय/महोदया,

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभागातील शैक्षणिक वर्ष २०२३—२४ मधील नियमित प्रवेशित विद्यार्थ्यांचा (२९ जून २०२३ ते २८ जून २०२४) टाटा एआयजी जनरल इश्युरन्स कंपनी लिमिटेड, १ ला मजला, युनिट नंबर—बी, २०५, २०६ ए, निर्मल हाईट्स, नंदी स्टॉप, औसा रोड, लातूर – ४१३ ५१२ यांच्याबरोबर अपघात विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे. हे आपणांस ज्ञातच आहे.

उपरोक्त संदर्भीय पत्रान्वये सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहमदनगर व (केंद्रशासित प्रदेश सिल्वासासह) नाशिक जिल्ह्यातील सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभाग यांना या विमा कंपनीचा पत्ता, ईमेल व दूरध्वनी क्रमांक आणि विमा प्रतिनिधीचे नाव व संपर्क क्रमांकावर याचबरोबर विद्यार्थी विकास मंडळाच्या संबंधित ईमेलवर (Cc) म्हणून संपर्क साधण्याबाबत आपणांस कळविण्यात आले होते. त्यानुसार काही महाविद्यालय, परिसंस्था व विद्यापीठ परिसरातील विभागांमधून संबंधित विमा कंपनीस अपघात विमा दावे दाखल केले असून कागदपत्रांची संपूर्णपणे पूर्तता केलेल्या संबंधितांना विमा कंपनीकडून निर्धारित अपघात विमा भरपाई रक्कम अदा करण्यात आली आहे.

तर काही दावे दाखल करताना विहित नमुन्यातील प्राथमिक माहिती सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) व विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज असे केवळ प्राथमिक अर्जच जमा करण्यात आले आहेत. दाखल अपघात दावेदारांची निर्धारित भरपाई रक्कम विमा कंपनीकडून मिळण्याकरिता इतर अनिवार्य अनुषंगिक कागदपत्रांची पूर्तता अपूर्ण आहे. यामुळे संबंधित अपघात दावे विमा कंपनीकडे प्रलंबित आहेत. यासंदर्भात प्रलंबित कागदपत्रांबाबत कंपनीमार्फत वेळोवेळी संबंधित महाविद्यालय/परिसंस्थांना/विभागांना मेलद्वारे कळविण्यात आले आहे. निर्धारित संपूर्ण अपघात विमा भरपाई रक्कम विमा कंपनीकडून मिळण्याकरिता यासोबत इतर अनुषंगिक कागदपत्रांची पूर्तताही करणे आवश्यक आहे.

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये, मान्यताप्राप्त परिसंस्था, विद्यापीठ विभागांना कळविण्यात येते की,

१. अपघात विमा संरक्षण भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी प्राथमिक माहिती सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) व विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज असे केवळ प्राथमिक अर्जच जमा केल्यानंतर विमा कंपनीकडून एक लिंक प्राप्त होईल. सदर लिंकवर विहित माहिती भरून जमा केल्यानंतर क्लेम क्रमांक प्राप्त होईल. क्लेम क्रमांक प्राप्त झाल्यानंतर सदर क्लेम क्रमांक नमूद करूनच इतर आवश्यक त्या सर्व कागदपत्रांची पूर्तता करणे आवश्यकच आहे.

२. तसेच अपघात विमा दावे दाखल करून कागदपत्रांची पूर्तता न केलेल्या संबंधितांना सूचित करण्यात येते की, विमा कंपनीचे संबंधित प्रतिनिधी (श्री. विनोद सूर्यवंशी संपर्क क्र. 9922944025 / 9890564025 ईमेल vinod5.suryawanshi@tataaig.com) यांचेशी संपर्क करून इतर अनिवार्य अनुषंगिक कागदपत्रांची लवकरात लवकर पूर्तता विमा कंपनीस करण्याबाबत संबंधितांना सूचित करावे. कळावे, ही विनंती.

सोबत : वरीलप्रमाणे.



(डॉ. अभिजीत कुलकणी)
संचालक, (अतिरिक्त कार्यभार)
विद्यार्थी विकास मंडळ



संदर्भ क्र. विविमं/२०२३-२४/००१

दिनांक : २९ जून, २०२३.

प्रति,

मा. प्राचार्य/ मा. संचालक/ मा. विभागप्रमुख

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठीशी संलग्नित सर्व महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था,
 सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठातील सर्व पदवी व पदव्युत्तर विभाग

विषय : २०२३-२४ 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 सुरु करण्यात आली आहे. सध्या ज्या विद्यार्थ्यांनी महाविद्यालयात/मान्यताप्राप्त परिसंस्थेत आणि विद्यापीठ विभागात प्रवेश घेतला आहे अशा सर्व विद्यार्थ्यांकडून या योजनेअंतर्गत विमा निधी घेण्यात येतो.

शैक्षणिक वर्ष २०२३-२४ साठी (२९ जून २०२३ ते २८ जून २०२४) टाटा एआयजी जनरल इश्युरन्स कंपनी लिमिटेड, १ ला मजला, युनिट नंबर-बी, २०५, २०६ ए, निर्मल हाईट्स, नंदी स्टॉप, औसा रोड, लातूर – ४१३ ५१२ यांच्याबरोबर विद्यार्थ्यांच्या अपघाती विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे. या संस्थेचा पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक खाली दिला आहे. सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहमदनगर व (केंद्रशासित प्रदेश सिल्वासासह) नाशिक जिल्ह्यांतील सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभाग यांनी अधिक माहितीसाठी पुढील क्रमांकावर संपर्क साधावा.

कार्यालयाचा पत्ता आणि दूरध्वनी.

टाटा एआयजी जनरल इश्युरन्स कंपनी लिमिटेड,
 १ ला मजला, युनिट नंबर-बी, २०५, २०६ ए,
 निर्मल हाईट्स, नंदी स्टॉप, औसा रोड, लातूर – ४१३ ५१२

Mail ID : general.claims@tataaig.com
vinod5.suryawanshi@tataaig.com

श्री. विनोद सूर्यवंशी : 9922944025 / 9890564025
 Mail ID : vinod5.suryawanshi@tataaig.com

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.

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. 1,00,000/-
02	Loss of two limbs, eyes or one limb and eye.	Rs. 1,00,000/-
03	Loss of one limb or one eye.	Rs. 50,000/-
04	Permanent Total Disablement from injuries other than Those named above (PTD)	Rs. 1,00,000/-
05	Medical expenses arising out of accidental injuries due to Hospitalization for every students	Rs. 50,000/-
06	Any one accident Limit	Rs. 25,00,000/-

प्रचलित पध्दतीनुसार आंशिक अपंगत्व, कायमचे अपंगत्व, अपघातग्रस्त विद्यार्थ्यांना औषधोपचारासाठी तसेच मृत्यू पावलेल्या विद्यार्थ्यांच्या पालकांना उपरोक्त निर्धारित संपूर्ण भरपाई रक्कम फक्त विमा कंपनीकडून मिळते; त्यासाठी विमा संरक्षण भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी आवश्यक त्या सर्व कागदपत्रांची (उदा. १) विहित नमुन्यातील प्राथमिक माहिती सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) २) विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज ३) अनुषंगिक कागदपत्र.) पूर्तता विमा कंपनीस (९ ला मजला, युनिट नंबर—बी, २०५, २०६ ए, निर्मल हाईट्स, नंदी स्टॉप, औसा रोड, लातूर – ४१३ ५१२ या पत्त्यावर) करणे आवश्यकच आहे.

(विमा कंपनीने विमा संरक्षण दिलेल्या प्रकरणात विमा कंपनी व्यतिरीक्त विद्यापीठाकडून अन्य कोणतेही आर्थिक सहाय्य करण्याची तरतूद शैक्षणिक वर्ष २०१७—१८ पासून रद्द झाल्याचे आपणास ज्ञात असून त्या अनुषंगाने अशा बाबतीत विद्यापीठास स्वतंत्र अर्ज करून विमा संरक्षण भरपाई दावे सादर करू नयेत.)

कळावे, ही विनंती.

सोबत : विमा संरक्षण नुकसान भरपाई दावा अर्ज.

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

For Accident

Duly filled claim form
1st consultation papers as on date of loss
Copy of discharge card if hospitalised
All follow up treatment / investigation papers
Hard copy of original bills and its payment receipts

For Death

Duly filled claim form
Copy of FIR, Death certificate, Post Mortem Report
Copy of chemical analysis report if any
Complete set of medical records along with death summary if hospitalized
1st earning parent details as per school / college record
CKYC form duly filled by 1st earning parent along with copy of Aadhar card & pan card
Discharge voucher duly filled by 1st earning parent
Copy of cancel cheque of 1st earning parent

Claim Intimation on Mail ID: - **general.claims@tataaig.com**

NOTE:

Please submit the claim documents at the address mentioned below:

TATA-AIG General Insurance Company Limited,

1st Floor, Unit No. B,205,206A
Nirmal Heights, Nandi Stop,
Ausa Road, Latur-413512
Maharashtra

LETTER HEAD

Date:

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Policy No. 0239484308-01

This is to certify that Mstr/Mr/Ms. _____ (Student/Staff) is/was with our institution/school/college since (First Date of Joining) _____ currently studying in the Grade/Division _____ (In Case of staff, please state the designation)

We hereby confirm that first earning parent of the student as per the school records is _____.

Authorized Signatory & Stamp of the Institution/School/College

P.S: The name of the Institution/School/College should be as per the name available in the Policy Certificate/Schedule.



TATA-AIG GENERAL INSURANCE COMPANY LTD

Address: 4th Floor, AHURA CENTRE,
82, MAHAKALI CAVES ROAD
ANDHERI EAST, MUMBAI 400093

GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

IMPORTANT

1. Issuance of this form is not an admission of Liability or a waiver of the terms, conditions and exceptions of the insurance contract.
2. No claim will be admitted without a Medical Report as per format to be obtained at claimant's expense.
3. We may call for additional information/ documents as relevant.

Policy No. 0239484308-01

Claim No. -----

1. COMPANY DETAILS:

Name of the Organization _____
Address _____ State _____ Pin _____

Contact Persons Name _____ Phone No. _____
Fax No. _____ E-Mail Id _____

2. INSURED PERSONS DETAILS

NAME _____
Address _____ STATE _____ PIN _____
Phone No. _____ Fax No. _____ E - Mail id. _____
Age _____ SEX _____

3. DETAILS OF ACCIDENT

Time and Date _____
Place and Location (Full Address)- _____
Please describe in detail how the incident took place _____
Please describe details of injury sustained _____
Specify the injured parts of body _____

4. WITNESSES

1) Name _____ 2) Name _____
Address _____ Address _____

5. TREATMENT DETAILS

➤ Treating Doctor

Name _____
Address _____
Phone _____
Registration No. _____

➤ Family Doctor

Name _____
Address _____
Phone _____
Registration No. _____

➤ Hospital(s) if hospitalised

Name _____
Address _____
Phone No _____



6. AMOUNT OF CLAIM (Subject to Policy coverage)

A Total Temporary Disablement Amount (Rs.) _____ (Rs. _____ per week for _____ weeks _____ days)

B Medical Expenses Amount (Rs.) _____

C Accident Death Amount (Rs.) _____

D Permanent/Partial Disability Amount (Rs.) _____

7. PAST HISTORY

A Have you made any claims in the PAST? YES/NO

B If YES, please give the following details:

<u>Sr. No</u>	<u>Name of Insurance Co.</u>	<u>Policy No.</u>	<u>Accident Details</u>	<u>Amount</u>
---------------	------------------------------	-------------------	-------------------------	---------------

1.

2.

1. **Have the Police Authorities been informed of this accident?** YES/ NO If Yes, FIR/ Case Diary No.-----

Employment details:

Designation/ Grade/ Occupation: _____ Nature of Duty _____ Date of joining _____

8. LEAVE PARTICULARS

The Employee was on leave from _____ to _____.

No. of days _____

9. SALARY DETAILS

Month & Year	_____
Basic Pay	_____
Dearness Allowance	_____
Other Allowance	_____
Gross Salary	_____

10. Please put a [✓] mark against the documents being sent:

Attending Doctor's Report [], Disability from the Doctor [], Fitness Certificate from the Doctor [], X-ray Films [], X-ray reports [],

Original Admission/discharge card [], Original Medical Bills / receipts [], Employers Leave Certificate [], Latest Salary Certificate [].

I hereby declare that I have suffered injuries as described above and all the details given are ABSOLUTELY TRUE AND CORRECT. I hereby agree to forfeit all my rights to compensation if any of the foregoing facts and /or details are found to be false or incorrect, further authorise the hospital ,doctor diagnostic laboratory,organisation,establishment or any other body or person dealt with in the course of this claim to give any information or document sought for by the Insurance Company.

Signature of Insured Person/ Claimant

Date:

Place:

**Signature of Authorized Person
Company Seal**

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT



PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS

- 1 Name of Injured Person: _____
Age _____
2 Address _____

- 3 Nature of the Accident and Details of Injuries Sustained
(Specify the part of the body) _____
- 4 Does the Cause of Accident as stated by the Claimant tally with the Injuries noticed by you? _____
- 5 Are the injuries solely due to the accident or traceable to any previous injuries/ disease/ infirmities? _____
- 6 Was the injured person suffering from any disease or injury which may have contributed to the accident or likely to aggravate his condition. _____
- 7 Was the Claimant hospitalized? If so for what period? _____
- 8 What treatment was given and Operations performed? _____
- 9 Give dates of treatment: Home: From----- To -----
 Clinic/Hospital :From ----- To -----
- 10 Was he under the influence of intoxicants or drugs at the time of accident?-----
(If yes, what action taken?) _____
- 11 Are you his usual medical Attendant? YES / NO
If you have treated him for any previous illness or injury, Please give details: -----

- 12 Have other Doctors been in Attendance or Consultation? If yes, Please give details. -----

- 13 Has this accident been reported to the Police Authorities? If yes, Case No: ----- Police Station -----
- 14 Is this claimant Totally Disabled from each and every occupation? -----
- 15(a) How long was or will the claimant be totally disabled from current occupation? From----- To-----
(b) Estimated date of return to Work. -----
- 16 What is the Prognosis? -----

This information is true to the best of my knowledge.

Doctor's Signature

Date:

Regn No:

**Doctors Name:
Address and Phone No.**

फक्त मृत्यु दावा दाखल करतेवेळी वारसाची (पालकांची) माहिती भरण्याकरिता सदर अर्जाचा वापर करावा.

CENTRAL KYC REGISTRY | Know Your Customer (KYC) Application Form | Individual

Important Instructions:

- A) Fields marked with '*' are mandatory fields.
 B) Please fill the form in English and in BLOCK letters.
 C) Please fill the date in DD-MM-YYYY format.
 D) Please read section wise detailed guidelines / instructions at the end.
 E) List of State / U.T code as per Indian Motor Vehicle Act, 1988 is available at the end.
 F) List of two character ISO 3166 country codes is available at the end.
 G) KYC number of applicant is mandatory for update application.
 H) For particular section update, please tick () in the box available before the section number and strike off the sections not required to be updated.



For office use only	Application Type*	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Update
(To be filled by financial institution)	KYC Number	<input type="text"/> (Mandatory for KYC update request)
	Account Type*	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Simplified (for low risk customers) <input type="checkbox"/> Small

1. PERSONAL DETAILS (Please refer instruction A at the end)

Prefix	First Name	Middle Name	Last Name
<input type="checkbox"/> Name* (Same as ID proof)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maiden Name (If any*)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Father / Spouse Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mother Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of Birth*	<input type="text"/> DD - <input type="text"/> MM - <input type="text"/> YY YY YY	<input type="checkbox"/> F- Female <input type="checkbox"/> T-Transgender	<input type="checkbox"/> Unmarried <input type="checkbox"/> Others
Gender*	<input type="checkbox"/> M- Male	<input type="checkbox"/> F- Female	<input type="checkbox"/> T-Transgender
Marital Status*	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Unmarried	<input type="checkbox"/> Others
Citizenship*	<input type="checkbox"/> IN- Indian	<input type="checkbox"/> Others (ISO 3166 Country Code <input type="text"/> <input type="text"/>)	
Residential Status*	<input type="checkbox"/> Resident Individual <input type="checkbox"/> Foreign National	<input type="checkbox"/> Non Resident Indian	<input type="checkbox"/> Person of Indian Origin
Occupation Type*	<input type="checkbox"/> S-Service (<input type="checkbox"/> Private Sector <input type="checkbox"/> O-Others (<input type="checkbox"/> Professional <input type="checkbox"/> B-Business <input type="checkbox"/> X- Not Categorised	<input type="checkbox"/> Public Sector <input type="checkbox"/> Government Sector) <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Housewife <input type="checkbox"/> Student)	



Signature / Thumb Impression

2. TICK IF APPLICABLE RESIDENCE FOR TAX PURPOSES IN JURISDICTION(S) OUTSIDE INDIA (Please refer instruction B at the end)

ADDITIONAL DETAILS REQUIRED* (Mandatory only if section 2 is ticked)

ISO 3166 Country Code of Jurisdiction of Residence*

Tax Identification Number or equivalent (If issued by jurisdiction)*

Place / City of Birth*

ISO 3166 Country Code of Birth*

3. PROOF OF IDENTITY (PoI)* (Please refer instruction C at the end)

(Certified copy of any one of the following Proof of Identity[PoI] needs to be submitted)

<input type="checkbox"/> A- Passport Number	<input type="text"/>	Passport Expiry Date	<input type="text"/> DD - <input type="text"/> MM - <input type="text"/> YY YY YY
<input type="checkbox"/> B- Voter ID Card	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> C- PAN Card	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> D- Driving Licence	<input type="text"/>	Driving Licence Expiry Date	<input type="text"/> DD - <input type="text"/> MM - <input type="text"/> YY YY YY
<input type="checkbox"/> E- UID (Aadhaar)	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> F- NREGA Job Card	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Z- Others (any document notified by the central government)	<input type="text"/>	Identification Number	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> S- Simplified Measures Account - Document Type code	<input type="text"/>	Identification Number	<input type="text"/>

4. PROOF OF ADDRESS (PoA)*

4.1 CURRENT / PERMANENT / OVERSEAS ADDRESS DETAILS (Please see instruction D at the end)

(Certified copy of any one of the following Proof of Address [PoA] needs to be submitted)

Address Type*	<input type="checkbox"/> Residential / Business	<input type="checkbox"/> Residential	<input type="checkbox"/> Business	<input type="checkbox"/> Registered Office	<input type="checkbox"/> Unspecified
Proof of Address*	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> Driving Licence	<input type="checkbox"/> UID (Aadhaar)		
	<input type="checkbox"/> Voter Identity Card	<input type="checkbox"/> NREGA Job Card	<input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> ple s s e ify	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Simplified Measures Account - Document Type code		<input type="text"/>		
Address	<input type="text"/>				
Line 1*	<input type="text"/>				
Line 2	<input type="text"/>				
Line 3	<input type="text"/>				
District*	<input type="text"/>	Pin / Post Code*	<input type="text"/>	State / U.T Code*	<input type="text"/>
				ISO 3166 Country Code*	<input type="text"/>

