



**सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ**  
(पूर्वीचे पुणे विद्यापीठ)  
**विद्यार्थी विकास मंडळ**  
गणेशखिड, पुणे - ४११ ००७.

**डॉ. सविता कुलकर्णी**  
संचालक (अतिरिक्त कार्यभार)

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

- अपघाती मृत्यू किंवा दुखापत या दोन्ही प्रकरणांमध्ये अपघाताच्या तारखेपासून शक्यतो ०७ दिवसांच्या आत विमा कंपनीस दाव्याबाबत (प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र)) विमा कंपनीच्या ईमेल वर सूचित करणे आवश्यक आहे.
- यानंतर विमा कंपनीचा सोबत जोडलेला विहित नमुन्यातील अर्ज विमा संरक्षण भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी 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 इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे - ४११ ००६ या पत्त्यावर) करणे आवश्यकच आहे.
- वरीलप्रमाणे प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) फक्त ईमेलद्वारे तर विहित नमुन्यातील अर्ज व संबंधीत सर्व कागदपत्रे यांची पूर्तता विमा कंपनीच्या ईमेल वर आणि विमा कंपनी कार्यालयास (पोस्टाद्वारे किंवा हस्तपोहोच) करणे अनिवार्य आहे, याची नोंद घ्यावी. सदर संपूर्ण कार्यवाही ही लवकरात लवकर पूर्ण करणेबाबत प्रयत्न करावेत.

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

युनायटेड इंडिया इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे या संस्थेचा पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक खाली दिला आहे. सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहिल्यानगर 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.

विमा कंपनी कार्यालयाचा पत्ता आणि फोन नं.

युनायटेड इंडिया इन्श्युरेन्स कंपनी लिमिटेड

गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर,

रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे — ४११ ००६.

फोन नं. : (०२०) २६६८४०४१ / २६६८४०४४

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](http://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 (Intimation format)- सम्पत्ति तथा दुर्घटना हब- पुणे

सर्व रकाने भरणे आवश्यक आहे, कुठलाही रकाना रिकामा ठेऊ नये.

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| विमाधारकाचे नाव                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |
| पॉलिसी नंबर                                                                                                                                                                                                                                               | 1608004226P104665720                                     |
| पॉलिसीचा कालावधी                                                                                                                                                                                                                                          | From : 00:00 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) -<br>स्टॉक, मशिनरी, गोडाऊन इ. यांच्या<br>नुकसानीचा तपशील -<br>व्यक्तीस (विमाधारक, विमाधारक चा<br>कर्मचारी किंवा इतर व्यक्ती )दुखापत किंवा<br>मालमत्तेचे नुकसान, असल्यास त्याचा<br>तपशील -                                 |                                                          |
| वैयक्तिक अपघात पॉलिसी असेल तर -<br>मृत्यू, कायमस्वरूपी पूर्ण अपंगत्व,<br>कायमस्वरूपी आंशिक अपंगत्व, तात्पुरते<br>पूर्ण अपंगत्व, वैद्यकीय खर्च - या पैकी<br>कोणता दावा करत आहेत ते नमूद करावे.<br>वैद्यकीय खर्च दावा करत असताना - दावा<br>रक्कम नमूद करावी |                                                          |
| नुकसान / अपघाताचे ठिकाण -पूर्ण पत्ता                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |
| दुरुस्तीचे अंदाजपत्र / इस्टीमेट                                                                                                                                                                                                                           | रुपये - /-                                               |
| सूचना देण्यास विलंब / उशीर झाला असेल<br>तर त्याचे कारण विमाधारकाने नमूद करावे                                                                                                                                                                             |                                                          |
| विमाधारका चा मोबाईल नंबर                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
| विमाधारका चा ई-मेल आयडी                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |

दिनांक :

वेळ :

विमाधारकाची सही



**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** Sum Insured \_\_\_\_\_ Table of Cover \_\_\_\_\_ Period \_\_\_\_\_  
**P104665720**  
(i) \_\_\_\_\_  
(ii) \_\_\_\_\_  
(iii) \_\_\_\_\_

|   |                                                                                                    |  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 3 | a) Date of the accident?<br>Time of accident?<br>Place of Accident?<br>Name and address of witness |  |
| 4 | How did the accident occur ?                                                                       |  |

|    |                                                                                                                                                                      |                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 5. | Nature of injury received<br>(If to limb or eye state whether right or left)                                                                                         |                                                  |
| 6. | a) Nature of disablement<br>Extent of disablement<br>Confined to bed<br>Confined to house<br>b) Present state of incapacity                                          | [ from _____ To _____]<br>[ 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 ?<br>Name of nearest railway station and distance therefrom                           |                                                  |
| 9. | α) Are you insured in any other office or offices granting compensation for accident<br>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

## **UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED**

Head Office: 24, WHITES ROAD, CHENNAI - 600014

The necessary claim form is attached. Alongwith the claim form the following documents are required to be forwarded at the time of claim

- 1) Principal Covering Letter on college letterhead for students attendance register
- 2) College ID proof of the student
- 3) Medical bills all in original along with fitness certificate of the doctor.

In case of Death / major accidents along with the above documents we will also require

- 1) Death certificate,
- 2) Police papers such FIR, Panchnama, PM report etc.

In case of permanent disability claim, the disability certificate to provided alongwith other documents