

**तोषण निधि में से प्रतिकर के लिए आवेदन का प्रारूप
(घायल के मामले में भरा जाय)**

मैं

(नाम)

जो श्री का पुत्र/पुत्री, विधवा/पत्नी हूँ और
.....(स्थान) का/की निवासी हूँ मोटर यान दुर्घटना में घोर रूप से क्षतिग्रस्त हो गया/गई
हूँ और मुझे हुई घोर क्षतियों के लिये प्रतिकर से अनुदान के लिए आवेदन करता/करती हूँ। जो क्षतियाँ मुझे हुई है
उसकी बाबत आवश्यक विशिष्टियाँ नीचे दी गई हैं।

(मृत्यु के मामले में भरा जाय)

मैं

जो स्व० श्री का पुत्र/पुत्री, विधवा हूँ,

और(स्थान) का/की निवासी हूँ

जो का पुत्र/पुत्री, विधवा थी,

जिसकी तारीख को स्थान पर मृत्यु/क्षतियों के लिए
प्रतिकर के अनुदान के लिए विधिक प्रतिनिधि/अभिकर्ता के रूप में आवेदन करता/करती हूँ। दुर्घटना की बाबत
विशिष्टियाँ और अन्य जानकारी नीचे दी गई है।

1. क्षतिग्रस्त व्यक्ति का नाम और उसके पिता का नाम (विवाहित स्त्री या विधवा की दशा में उसके पति का नाम) व
पुरा पता
2. क्षतिग्रस्त/मृत व्यक्ति का नाम
3. आयु जन्म तारीख
4. क्षतिग्रस्त/मृत पुरुष है या स्त्री
5. दुर्घटना का स्थान तारीख समय
6. क्षतिग्रस्त/मृत व्यक्तियों की उपजीविका
7. क्षतियों की प्रकृति
8. जिस पुलिस थाने के अधिकारिता में दुर्घटना रजिस्टर कराई गयी थी उसका नाम और

पता:-

9. जिस चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा व्यवसायी ने क्षतिग्रस्त, मृत व्यक्ति की देखभाल की थी उसका नाम और
पता
10. दावेदार/दावेदारों के नाम एवं पते
व्यक्ति के साथ नातेदारी
11. अन्य कोई जानकारी जो दावे के परिनिर्धारण के लिए आवश्यक या सहायक समझी जाए
12. मैं सपथ लेता/लेती हूँ प्रतिज्ञा करता/करती हूँ कि ऊपर बताए गए सभी तथ्य मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और अनुभवके
अनुसार सही है।
जो लागू न हो उसे काट दें।

दावेदार के हस्ताक्षर

प्रारूप- 2

खण्ड- 20(1)

उपाबन्ध

मंजूरी आदेश संख्या

तारीख

उन्मोचन रसीद

मुझे मुतक व्यक्ति (मृतक का नाम)

को (दुर्घटना की तारीख) को
. (स्थान का नाम)

पर हुई दुर्घटना के लिए मेरे दावे के पूरा और अन्तिम परिनिर्धारण स्वरूप मोटर यान अधिनियम के टक्कर मार कर भागने सम्बन्धी उपबन्धों के अधीन प्रतिकर के रूप में
. बीमा कम्पनी लिमिटेड से
रुपये सध्यवाद प्राप्त हुए।

साक्षी

1.

2.

हस्ताक्षर पटवारी

हस्ताक्षर भू. अ. नि.

दावा जांच अधिकारी द्वारा परिनिर्धारण आयुक्त को
प्रस्तुत की जाने वाली दावा जांच रिपोर्ट

1. मृत/क्षतिग्रस्त व्यक्ति का नाम और पता
.
2. दुर्घटना का स्थान
. तारीख समय
3. जिस पुलिस थाने के अधिकारिता में दुर्घटना रजिस्टर कराई गयी थी उसकी
विशिष्टियाँ:-
4. जिस चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा व्यवसायी ने क्षतिग्रस्त, मृत व्यक्ति की परीक्षा की थी उसकी
विशिष्टियाँ:-
5. जिन व्यक्तियों को समन किया गया था और जिनकी परीक्षा की गई थी उनकी
विशिष्टियाँ:-
6. मारकर भागने सम्बन्धी मोटर दुर्घटना द्वारा मृत्यु क्षति तथ्य सिद्ध हो गया है या नहीं और ऐसा निष्कर्ष
निकालने का कारण:-
.
7. प्रतिकर के भुगतान के लिए पात्र दावेदार या दावेदारों के नाम और पते:-
.
.
.
8. प्रतिकर की रकम जिसकी दावेदार की संदाय करने की सिफरिश की गई है (एक से अधिक दावेदारों की
दिशा में वह रकम बताई जावेगी) जिसके लिए प्रत्येक दावेदार पात्र और उसके कारण विनिर्दिष्ट किये
जायेंगे:-
.
9. कोई अन्य जानकारी या अन्य अभिलाख जो दावे परिनिर्धारित करने के लिए सुसंगत या उपयोगी हो।

मद्रा

दावा जांच अधिकारी के
(तहसीलदार/उपखण्ड अधिकारी)

तारीख

हस्ताक्षर व पदनाम

प्रारूप – 4

(खण्ड – 22(1))

क्र. सं.

परिनिर्धारण आयुक्त

जिला

आदेश

में. मारकर भागने सम्बन्धी
दुर्घटना के जो. तारीख को
..... (स्थान का नाम)
पर हुई थी, परिणामस्वरूप की मृत्यु
को विधिक प्रतिनिधि के रूप में श्री/श्रीमती/कुमारी
को क्षतिग्रस्त (क्षतिग्रस्त का नाम)
को प्रतिकर के रूप में 25000/12500 (पच्चीस हजार/बारह हजार पांच सौ रुपये मंजूर करता हूँ।

परिनिर्धारण आयुक्त
(जिलाधीश)

प्रति :

1. बीमा कम्पनी का कार्यालय
2. दावेदार
3. मोटर यान दुर्घटना दावा अधिकरण
4. दावा जाच अधिकारी
5. भारतीय साधारण बीमा निगम, चर्च गंट मुंबई-400020