

अखिल भारतीय बार काउन्सिल अधिवक्ता कल्याणकारी समिति
(नियम-४० समिति)
बार काउन्सिल ऑफ उत्तर प्रदेश दुर्घटना बीमा योजना

आवश्यक निर्देश

१. जिन अधिवक्ताओं की दुर्घटना में दिनांक **15/09/2019** के बाद मृत्यु हुई है अथवा शरीर का कोई अंग पूर्णतः नष्ट हो गया है, केवल उन्हीं अधिवक्ताओं के दावों पर यह योजना मान्य होगी।
२. इस फॉर्म को संलग्नक के साथ फोटोस्टेट करा कर दो प्रतियों में जमा करना है।
३. वांछित सभी प्रमाण-पत्रों की दो-दो प्रतियां संलग्न करें।
४. अपूर्ण आवेदन-पत्र यदि समिति द्वारा निरस्त होता है तो हमारे कार्यालय की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।
५. दुर्घटना तिथि से ६ माह के अन्दर दावा फॉर्म कार्यालय को प्राप्त हो जाना चाहिये।

इस आवेदन के साथ निम्न प्रपत्र/प्रमाणपत्र संलग्न करें।

१. दुर्घटना में मृत्यु की दशा में पोस्टमार्टम रिपोर्ट की दो प्रमाणित प्रतियां।
२. प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफ०आई०आर०) की दो प्रमाणित प्रतियां।
३. शरीर का कोई अंग पूर्ण रूप से नष्ट होने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र।
४. दुर्घटना में मृत्यु की दशा में मृत्यु प्रमाण पत्र।
५. बार एसोसिएशन के अध्यक्ष/मंत्री महोदय को अधिवक्ता के रूप में कार्यरत होने का प्रमाण पत्र।
६. बार काउन्सिल ऑफ उत्तर प्रदेश द्वारा प्रदत्त अधिवक्ता प्रमाण पत्र की दो प्रमाणित प्रतियां।
७. उत्तराधिकारी का एक इस आशय का शपथ पत्र जिसमें दुर्घटना का पूर्ण विवरण हो।

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा दावा प्रपत्र

१. स्व० अधिवक्ता का नाम			
२. स्व० अधिवक्ता का पता	प्लॉट/मकान नम्बर		मकान का नाम
३. व्यवसाय/व्यापार	रोड		
	एरिया		
	शहर		पिन कोड
	राज्य		
	फोन नं०		
	ईमेल आई डी		

दुर्घटना का विस्तृत विवरण:—

५. क) दुर्घटना में घायल हुए स्व० अधिवक्ता का नाम ख) कर्मचारी सदस्य के साथ सम्बन्ध ग) कर्मचारी सदस्य पहचान संख्या	स्वयं/बच्चे
--	-------------

६. क) दुर्घटना तिथि ख) दुर्घटना समय ग) दुर्घटना स्थल घ) गवाह के नाम व पता	
--	--

७. दुर्घटना का विवरण:—	
८. चोट की प्रकृति (यदि कोई अंग भंग या आंख की स्थिति दाहिने या बायें)	

९. क) अपंगता की प्रकृति ख) अपंगता की अधिकता ग) अस्थायी कुल विकलांगता की अवधि घ) अक्षमता की वर्तमान स्थिति	
--	--

१०. उपस्थित में सर्जन का नाम व पता	
------------------------------------	--

११. यदि आवश्यक हो तो इस कम्पनी का एक चिकित्साधिकारी आपसे कहां और कब मिल सकता है	
---	--

१२. क) क्या किसी अन्य कम्पनी द्वारा दुर्घटना राहत पाने के अधिकारी हैं ख) यदि ऐसा है तो उस कम्पनी का नाम एवं बीमित धनराशि।	
--	--

अधिवक्ता को अपने खर्च का साक्ष्य द्वारा दावा किया जाना चाहिए।

१. क) दावेदार का नाम:	
ख) यदि दो आंखे या कोई अंग प्रभावित दाईं और बाईं ओर	
ग) क्या चोटों की उपस्थिति दुर्घटना के कारण दिये गये खाते के अनुरूप है।	
२. इस चोट के लिये दावेदार जिसपर आप पहली बार उपस्थित हुये थे:	
३. क्या दावेदार को अपने व्यवसाय के किसी भी भाग में जाने से पूरी तरह से रोका गया है यदि ऐसा है, तो कब तक	
४. क्या दावेदार चोट के अलावा किसी बीमारी से पीड़ित है और किसी भी बीमारी में ऐसी परिस्थितियों से गुजरना पड़ता है जो मंद पड़ सकती है, यदि हां, तो विवरण दें।	
५. वर्तमान स्थिति	
६. हादसा होने से आप कब तक समझते हैं।	
क) आंशिक विकलांगता	
ख) कुल विकलांगता	

उपरोक्त नामित दावेदारों की व्यक्तिगत रूप से जांच करने के बाद, मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त कथन सही है और उस दुर्घटना से घायल व्यक्ति/दावेदार आवश्यक रूप से अक्षम है।

आवेदक अधिवक्ता/नामिनी के हस्ताक्षर:

योग्यता.....

पता.....

नाम :

.....

मैं/हम, एतद् द्वारा घोषित करते हैं कि उपरोक्त कथन जो कि मेरे/हमारे, द्वारा किया गया है पूर्णरूपेण सत्य है। यह कि मैं/हम बार काउन्सिल से किसी भी वाक्य को छिपाया नहीं है, और यदि मैं/हम यह अविदिका घोषणा करते हैं कि यदि बार काउन्सिल द्वारा कोई भी सूचना झूठी या झूठा कथन या कथन की प्रकृति जो भी हो, उस स्थिति में आवेदन पत्र/दावा निरस्त कर दिया जायेगा।

मैं/हम, इस बार के लिये तैयार हैं कि यदि बार काउन्सिल को किसी संवैधानिक घोषणा की आवश्यक उपदों करा कथन या किसी अन्य कथन के लिये देंगे जो कि इस दावापूर्ति से संबन्धित होगा।

गवाह : नाम.....

हस्ताक्षर:

आवेदक अधिवक्ता/नामिनी के हस्ताक्षर

नाम:

पता:

.....

दिनांक.....