

दावा सूचना-पत्र

मुख्यमंत्री व्यापारी दुर्घटना बीमा योजना, जो वाणिज्यकर विभाग 30प्र0 में लागू है,
के संबंध में हत्या / दुर्घटना के फलस्वरूप मृत्यु की सूचना

सेवा में,

कमिशनर, वाणिज्य कर,

उत्तर प्रदेश, लखनऊ ।

टेलीफोन नं0 :- 0522-2721140

फैक्स नं0 :-

(बजट अनुभाग)

विषय :- वाणिज्यकर विभाग, 30प्र0 के पंजीकृत व्यापारियों के लिए लागू मुख्यमंत्री व्यापारी दुर्घटना बीमा योजना की बाधित अवधि के अंतर्गत दुर्घटना में मृत्यु अथवा हत्या अथवा पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की सूचना ।

महोदय,

सूचित करना है कि निम्न पंजीकृत व्यापारी की हत्या / दुर्घटना के फलस्वरूप मृत्यु अथवा पूर्ण विकलांगता / आंशिक विकलांगता हो गयी है, जिसका विवरण निम्नवत् है :-

1. मृतक पंजीकृत व्यापारी का नाम
 2. हत्या / दुर्घटना की तिथि एवं संक्षिप्त विवरण
 3. मृत्यु की तिथि
 - 4- विकलांगता का प्रतिशत
- (साक्ष्य स्वरूप मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न)
5. फर्म का नाम / पता
 6. पंजीयन संख्या
 7. खण्डसंभाग जोन.....
 8. बीमा क्लेम के अर्ह दावेदार का नाम एवं मृतक से संबंध
 9. मृत्यु की सूचना देने वाले का नाम / पता /
दूरभाष नं0 / मोबाइल नं0.....

(यथा मृतक का रिश्तेदार / वाणिज्य मण्डल /

वाणिज्यकर विभाग का संबंधित कार्यालय)

उक्त व्यापारी के दुर्घटना बीमा दावे से संबंधित दावा-पत्र एवं सभी वांछित प्रपत्र ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य0) / (कारपोरेट सर्किल) के माध्यम से अलग से यथाशीघ्र प्रेषित किये जायेंगे, जिसकी पावती के एक माह के अंदर भुगतान किया जाना अपेक्षित है ।

दिनांक :-

संलग्नक :- यथोपरि ।

मृत्यु / विकलांगता की सूचना देने वाले का नाम / पता
(यथा-मृतक का रिश्तेदार / व्यापारी स्वयं / वाणिज्य मण्डल
वाणिज्यकर विभाग का संबंधित कार्यालय)

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. एडीशनल कमिशनर (लेखा) वाणिज्यकर, उत्तर प्रदेश, लखनऊ ।
2. ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य0) / (कारपोरेट सर्किल) वाणिज्यकर,संभाग,

दावा-पत्र

कमिशनर,

कमिशनर, वाणिज्य कर, उत्तर प्रदेश,

लखनऊ।

दावाकर्ता का
प्रमाणित फोटो**अ0प्र0 वाणिज्यकर विभाग में पंजीकृत व्यापारियों की मुख्यमंत्री व्यापारी दुर्घटना बीमा योजना की बाधित अवधि के लिए दावा-पत्र**

1. मृतक पंजीकृत व्यापारी का नाम
2. पिता / पति का नाम
3. बीमित व्यक्ति की जन्मतिथि
4. फर्म का नाम
5. फर्म का पता
6. अ0प्र0 वाणिज्यकर का रजिस्ट्रेशन नं0
7. सम्भाग का नाम
8. हत्या/दुर्घटना होने की तिथि
9. हत्या/दुर्घटना स्थान का पूरा विवरण
10. दुर्घटना का कारण (दुर्घटना का संक्षिप्त विवरण)
11. दुर्घटना के पश्चात् इलाज का संक्षिप्त विवरण
12. मृत्यु का दिनांक
13. मृत्यु का कारण (अस्पताल का प्रमाण-पत्र संलग्न करें)
14. नामित / उत्तराधिकारी का नाम
15. नामित / उत्तराधिकारी का पता
16. नामित / उत्तराधिकारी का मृतक से संबंध
17. दूरभाष / मोबाइल नम्बर

संलग्नक :-..

1. मृत्यु प्रमाण पत्र, पोस्टमार्टम एवं पंचनामा की प्रमाणित प्रति।
2. प्रथम सूचना रिपोर्ट (FIR) की प्रमाणित प्रति।
3. पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की दशा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रदत्त विकलांगता प्रमाण पत्र।
4. वाणिज्यकर विभाग के पंजीयन प्रमाण-पत्र(फार्म-11) की प्रमाणित प्रति।
5. अतिरिक्त सुविधा हेतु प्रार्थना पत्र एवं व्यय की रसीद।
- 6-दावेदार/उत्तराधिकारी के राष्ट्रीयकृत बैंक खाता संख्या एवं IFSC कोड सहित पूर्ण विवरण।
- 7-दावेदार/उत्तराधिकारी का पहचान पत्र एवं पैन कार्ड की प्रमाणित प्रति।

स्थान :-

पता :-

नामित / उत्तराधिकारी का हस्ताक्षर / अ0नि0 व दिनांक

कृ०प०अ०

* उपरोक्त के संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त बीमा धारक / फर्म

(अ) दुर्घटना के दिनोंक को हमारे कार्यालय में पंजीकृत थी, जिसका पंजीयन संख्या था एवं दुर्घटना के दिनोंक को पंजीकरण वैध था।

(ब) उक्त फर्म व्यक्तिगत फर्म के रूप में पंजीकृत थी, मृतक जिसका मालिक था।

अथवा

(स) उपरोक्त फर्म पार्टनरशिप फर्म के रूप में पंजीकृत थी। मृतक जिसमें साझीदार था।

अथवा

(द) उक्त फर्म संयुक्त हिन्दू परिवार के रूप में पंजीकृत थी, मृतक जिसका कर्ता था।

अथवा

(म) फर्म कम्पनी के रूप में पंजीकृत थी, मृतक जिसका मुख्य कार्यकारी अधिकारी था।

* (उक्त में जो लागू न हो उसे काट दिया जाए)

डिप्टी / असिस्टेंट कमिशनर (खण्डाधिकारी)
वाणिज्यकर

(मुहर एवं हस्ताक्षर)

प्रति हस्ताक्षरित

ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य०) / (कारपो०)
वाणिज्यकर, -----सम्भाग-----

(मुहर एवं हस्ताक्षर)

अग्रसारण पत्र का प्रारूप

प्रेषक,

ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य0) / (कारपोरेट सर्किल),
वाणिज्यकर,संभाग,

सेवा में,

एडीशनल कमिशनर, ग्रेड-1, वाणिज्य कर,
-----जोन----- ।

विषय :- मुख्यमंत्री व्यापारी दुर्घटना बीमा योजना की बाधित अवधि के अंतर्गत क्लेम फार्म का अग्रसारण ।

पत्र सं0-
महोदय,

/ वाणिज्यकर,

दिनांक

कृपया मुख्यालय के परिपत्र संख्या-1327 दिनांक 30-01-2019 का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके क्रम में पंजीकृत व्यापारी श्री फर्म का नाम की दिनांक को दुर्घटना में मृत्यु अथवा हत्या अथवा पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता हो गयी है। जिसके फलस्वरूप व्यापारी ने स्वयं या व्यापारी के उत्तराधिकारी श्रीमती / श्री (मृतक से संबंध) द्वारा बीमा दावे से संबंधित क्लेम फार्म अग्रसारित करने हेतु प्रस्तुत किया गया है, जिसे मूल रूप में निम्न संलग्नकों सहित अग्रसारित कर प्रेषित किया जा रहा है। इस संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि -

दुर्घटना में मृत्यु / हत्या की दशा में :-

- (1) स्वर्गीय श्री फर्म वाणिज्यकर विभाग में पंजीयन संख्या दिनांक के अंतर्गत पंजीकृत है, जिसकी वैधता दि0 तक है।
- (2) मृतक व्यापारी श्री फर्म के एकल स्वामी (प्रोपराईटर) थे।

अथवा

मृतक व्यापारी श्री फर्म के पार्टनर थे तथा उक्त बीमा योजना की शर्तों के अंतर्गत प्रकाशित विज्ञापन में दी गयी शर्तों के अंतर्गत बीमा योजना से आच्छादित थे।

दुर्घटना के फलस्वरूप पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की दशा में :-

- (1) श्री फर्म वाणिज्यकर विभाग में पंजीयन संख्या दिनांक के अंतर्गत पंजीकृत है, जिसकी वैधता दि0 तक है।
- (2) व्यापारी श्री फर्म के एकल स्वामी (प्रोपराईटर) है।

अथवा

व्यापारी श्री फर्म के पार्टनर है तथा उक्त बीमा योजना की शर्तों के अंतर्गत प्रकाशित विज्ञापन में दी गयी शर्तों के अंतर्गत बीमा योजना से आच्छादित थे।

संलग्नक :: उपरोक्तानुसार ।

1. क्लेम फार्म ।
2. मृत्यु प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति ।
- 3- पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की दशा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रदत्त विकलांगता प्रमाण पत्र ।
4. पोस्टमार्टम रिपोर्ट की सत्यापित प्रति ।
5. पंचनामा की सत्यापित प्रति ।
6. एफ0आई0आर0 की सत्यापित प्रति ।
7. वाणिज्य कर पंजीयन प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति ।
- 8- व्यापारी /दावेदार/उत्तराधिकारी के राष्ट्रीयकृत बैंक खाता संख्या एवं IFSC कोड पूर्ण विवरण सहित ।
- 9- व्यापारी /दावेदार/उत्तराधिकारी का पहचान पत्र एवं पैन कार्ड की प्रति ।

भवदीय

()
ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य0)/(कारपो0), वाणिज्यकर,
.....संभाग,

पृष्ठांकन पत्र सं0 व दिनांक उक्त ।

प्रतिलिपि :: एडीशनल कमिशनर, ग्रेड-1, वाणिज्य कर जोन को उक्त समस्त संलग्नकों की एक-एक प्रति सहित मुख्यालय के परिपत्र संख्या-1327 दिनांक 30-01-2019 के क्रम में संलग्न कर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित ।

भवदीय

()
ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य0)/(कारपो0), वाणिज्यकर,
-----संभाग-----

अग्रसारण पत्र का प्रारूप

प्रेषक,

डिप्टी / असिस्टेंट कमिशनर, (खण्डाधिकारी) वाणिज्यकर,

खण्ड

जनपद

सेवा में,

ज्वाइन्ट कमिशनर (कार्य०) वाणिज्यकर,

.....संभाग,

विषय :- मुख्यमंत्री व्यापारी दुर्घटना बीमा योजना की बाधित अवधि के अंतर्गत क्लेम फार्म का अग्रसारण

पत्र सं०

/ वाणिज्यकर

दिनांक

महोदय,

पंजीकृत व्यापारी श्री फर्म का नाम की दिनांक को दुर्घटना में मृत्यु अथवा हत्या अथवा पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता हो गयी है। जिसके फलस्वरूप व्यापारी ने स्वयं या व्यापारी के उत्तराधिकारी श्रीमती / श्री (मृतक से संबंध) द्वारा बीमा दावे से संबंधित क्लेम फार्म अग्रसारित करने हेतु प्रस्तुत किया गया है, जिसे मूल रूप में निम्न संलग्नकों सहित अग्रसारित कर प्रेषित किया जा रहा है। इस संबंध में यह प्रमाणित किया जाता है कि -

दुर्घटना में मृत्यु / हत्या की दशा में :-

- (1) स्वर्गीय श्री फर्म वाणिज्यकर विभाग में पंजीयन संख्या दिनांक के अंतर्गत पंजीकृत है, जिसकी वैधता दि० तक है।
- (2) मृतक व्यापारी श्री फर्म के एकल स्वामी (प्रोपराईटर) थे।

अथवा

मृतक व्यापारी श्री फर्म के पार्टनर थे तथा उक्त बीमा योजना की शर्तों के अंतर्गत प्रकाशित विज्ञापन में दी गयी शर्तों के अंतर्गत बीमा योजना से आच्छादित थे।

दुर्घटना के फलस्वरूप पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की दशा में :-

- (1) श्री फर्म वाणिज्यकर विभाग में पंजीयन संख्या दिनांक के अंतर्गत पंजीकृत है, जिसकी वैधता दि० तक है।
- (2) व्यापारी श्री फर्म के एकल स्वामी (प्रोपराईटर) है।

अथवा

व्यापारी श्री फर्म के पार्टनर है तथा उक्त बीमा योजना की शर्तों के अंतर्गत प्रकाशित विज्ञापन में दी गयी शर्तों के अंतर्गत बीमा योजना से आच्छादित थे।

संलग्नक :: उपरोक्तानुसार।

1. क्लेम फार्म।
2. मृत्यु प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति।
- 3- पूर्ण विकलांगता अथवा आंशिक विकलांगता की दशा में मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रदत्त विकलांगता प्रमाण पत्र।
4. पोस्टमार्टम रिपोर्ट की सत्यापित प्रति।
5. पंचनामा की सत्यापित प्रति।
6. एफ०आई०आर० की सत्यापित प्रति।
7. वाणिज्य कर पंजीयन प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति।
- 8- व्यापारी /दावेदार/उत्तराधिकारी के राष्ट्रीयकृत बैंक खाता संख्या एवं IFSC कोड पूर्ण विवरण सहित।
- 9- व्यापारी /दावेदार/उत्तराधिकारी का पहचान पत्र एवं पैन कार्ड की प्रति।

भवदीय,

()

डिप्टी / असिस्टेंट कमिशनर, (खण्डाधिकारी) वाणिज्यकर,
खण्ड- , जनपद-