

0 / सेवा में,
The Oriental Insurance Co Ltd /
दि ओरिएण्टल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
.....

Subject / विषय : Claim Intimation Letter / दावा सूचना पत्र.

Sir / महोदय,
As per details below, kindly arrange to depute the Spot / Final surveyor. नीचे
दिये गये विवरण के अनुसार, कृपया स्पॉट / फाइनल सर्वेयर नियुक्त करने की व्यवस्था करें :-

1	Name of the Insured & Mobile No./ बीमाधारक का नाम & मोबाइल नं.	श्री. दीप 83280285665
2	Vehicle No. / वाहन संख्या	इंजिन 53 EP 7245
3	Policy No. / पालिसी संख्या	PS2400/31/2020/85802
4	Period of Insurance / बीमा अवधि	11/12/2025 TO 10/12/2026
5	Date of loss & Time/दुर्घटना का दिनांक & समय	17-04-2026 शुक्रवार को 11:00 PM
6	Place of Accident / दुर्घटना का स्थान	पुणे, महाराष्ट्र, भारत
7	Name of the Driver, DL No. & Mobile No./ ड्राइवर का नाम, डी एल नं. & मोबाइल नं	श्री. दीपक शिंदे, DL नं. 202300005410 8780285665
8	Estimated Loss / अनुमानित हानि	14850
09.	Cause of Accident / दुर्घटना का कारण: <u>बिमाधारक वाहन को एक कार दुर्घटना स्पॉट सर्वेयर सिमर के पास एक कार दुर्घटना स्थल से उठाया गया और कोर्ट जाकर रिपोर्ट दाई क्षतिग्रस्त हो गई</u>	
10	Spot Survey / स्पॉट सर्वे / स्पॉट सर्वेयर का नाम	AAA
11	Third Party Loss / तृतीय पक्ष हानि / FIR No.	कोर्ट जाकर रिपोर्ट -1/एच 20 एच 273001
12	Name of the Workshop, Address & Contact No./वर्कशॉप का नाम, पता & मोबाइल / फ़ोन नं.	6386521346

Date / दिनांक : 23/04/2026
हस्ताक्षर श्री. दीप

Signature of Insured / बीमाधारक के
श्री. दीप

Discharge Voucher

ACCIDENT DEPARTMENT

Claim No. _____

Issuing
Office



The Oriental Insurance Company Limited
Head Office, A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110 002

Received _____ Day of _____ 200 _____
From THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED, the sum of Rs. _____
(In words Rupees _____)
in full and final settlement of the loss and/or damage caused through the accident to
my/our motor Car/Vehicle No. _____ insured under Policy No. _____ of
the said company and accident which occurred on or about _____ I/We give
the discharge receipt to the Company in full and final settlement of all my/our claims
present of future arising directly/indirectly in respect of the said accident.

Rs. _____

One Rupee
Revenue Stamp
When Amount
Exceeds Rs. 5000/-

Witness

Name

Signature

Address

Signature *RSTGU*

Occupation

Address

.....

.....

Bank Account Number

Name of the Bank