



युनाइटेड इंडिया इश्युरेन्स कं.लि.  
UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED  
पंजीकृत और प्रधान कार्यालय : 24 वाइटस रोड चेन्नै-600014  
Regd & Head Office : 24 Whites Road Chennai -600014

## PROPOSAL FORM FOR MEDICAL ESTABLISHMENTS

### भूल तथा चूक बीमा ERRORS & OMISSIONS INSURANCE

यह प्रस्ताव हस्ताक्षरित करे। सभी प्रश्नोंके उत्तर दें। इस प्रस्ताव की पूर्णता व हस्ताक्षर प्रस्तावक या बीमाकर्ता को बीमा का सविदा पूर्ण करने के लिए बाध्य नहीं है।

This proposal must be signed. All questions must be answered. The completion and signature of this proposal does not bind the proposer or Insurer to complete the contract of Insurance.

यदि प्रश्नों के उत्तर देने के लिए जगह अपर्याप्त है तो कृपया अतिरिक्त पृष्ठ का उपयोग करें तथा उसे इस प्रस्ताव के साथ संलग्न करें। जब तक प्रस्ताव स्वीकृत तथा प्रीमियम प्रदत्त नहीं हो जाता तो तक कंपनी कोई दायित्व स्वीकार नहीं करेगी।

If there is insufficient space to answer questions, please use additional sheet and attach it to this form. The Company does not assume any liability until the proposal has been accepted and the premium paid.

1. प्रस्तावक का नाम व पता  
Name of the proposer & Address

2. किस वर्ष में स्थापित हुआ।  
Year in which established

3. मालिक / निदेशक / भागीदारोंका नाम व पता।  
Names and addresses of Owners/Directors/Partners

4. क्या आप संस्था से संबंधित सभी सांविधिक नियमों / विनियमोंका पालन करते है।  
Have you complied with all the statutory rules/regulations relating to your establishment

5. क्या आपके लिए डॉक्टर / नर्स / टेकनीशियन कार्यरत है।  
Are the Doctors/Nurses/Technicians working for you

क) मेडिकल अधिनियम या किसी अन्य प्रचलित कानून के अनुसार अनुज्ञप्त है।  
Duly licenced in accordance with the Medical Acts or any other prevelant laws

ख) मेडिकल संस्था / समिति के सदस्य है।  
Member of Medical Association/Council



6. निम्न वर्गीकरणों के (विजिटिंग डॉक्टरों समेत) अंतर्गत प्रत्येक कर्मचारी की संख्या दर्शाएं  
State the number of employees (including visiting doctors) in each of the following cases

1. सामान्य फिजीशियन General Physicians	2. विभिन्न रोगों के सर्जनो समेत विशेषज्ञ Specialists including surgeons in different diciplines
3. प्लास्टिक सर्जन Plastic Surgeons	क) आंख / इएनटी a) eye/ENT
4. डेनटीस्ट Dentists	ख) पॅथॉलॉजिस्ट b) Pathologists
5. फार्मासिस्ट्स Pharmacists	ग) कार्डियोलॉजिस्ट c) Cardiologist
6. टेकनीशियन्स Technicians	घ) रेडियोलॉजिस्ट d) Radiologist
7. नर्सेस Nurses	
8. प्रशिक्षार्थी Trainees	
9. स्वैच्छिक कामगार Voluntary workers	
10. अन्य (कृपया दर्शाएं) Others (Please specify)	

7. क) कृपया सभी उपलब्ध सुविधा जैसे एक्स-रे, स्क्रीनिंग, पॅथॉलॉजी आदि दर्शाएं।  
a) Please specify all the facilities available like x-ray, scanning, pathology, etc

ख) क्या यह काम करनेवाला व्यक्ति शिक्षित तथा अनुभवी है।

- b) Whether persons operating these are qualified and well experienced

8. क्या आपके पास एम्बुलेन्स है? यदि हाँ, नंबर दें।

Do you have an ambulance? If yes, specify number.

9. क्या आपके पास बाहर के मरीजों के लिए विभाग है? कृपया एक वर्ष में उपचार किए जानेवाले मरीजों की अनुमानित संख्या दर्शाएं।

Do you have Outpatients department? Please specify estimated No. of patients to be treated in a year.

10. कुल खाटों की संख्या

State No. of beds maintained

प्रसूति मामले के लिए बैसिनेट्स की संख्या -

No. of Bassinets for maternity cases

11. एक वर्ष में उपचार के लिए आनेवाले मरीज (वास्तविक पूर्ववर्ती वर्ष, अनुमानित वर्तमान वर्ष) की अनुमानित संख्या दर्शाएं।

Estimate No. of in-patients (actuals previous year; estimated current year) to be treated in a year

	पूर्ववर्तीवर्ष (वास्तविक) Previous year (Actual)	वर्तमान वर्ष (अनुमानित) Current year (Estimated)
क. सामान्य a. General		
ख. मेडिकल b. Medical		
ग. सर्जिकल c. Surgical		
घ. कोई अन्य वर्ग (कृपया दर्शाएं) d. Any other class (Please specify)		

12. रेडियोधर्मी उपचार सुविधा का ब्यौरा दें। उपयोगित सामान तथा ऐसे उपयोग के लिए बरती गयी सतर्कता का ब्यौरा दें।

Give details of radioactive treatment facilities. Specify the materials used and precautions taken further for such usage.



13. क्या आप कर्मचारी को प्रशिक्षण देते हैं ?

क) यदि हाँ, कृपया ब्यौरा दें।

ख) ऐसे प्रशिक्षार्थी के निरीक्षण का प्रकार

Do you undertake training of staff?

a) If yes, please give details

b) Nature of supervision over such trainees

14. क्या आप मरीज को खाना देते हैं ? यदि हाँ, क्या यह आप तैयार करते हैं या बाहर से आता है।

यदि आप देते हैं तो कृपया रसोई का रखरखाव तथा अन्य पर्यवेक्षी का मापदंड दर्शाए।

Whether food is supplied by you to patients? If yes, specify whether it is prepared by you or supplied by outsiders.

If supplied by you, please specify the measures taken for maintenance of kitchen and other supervisory measures.

15. क्या आप मरीज को दवा की पूर्ति करते हैं ?

Do you supply medicines to patients?

16. अनुमानित वार्षिक आय दर्शाए (इसमें कक्षप्रभार, ऑपरेशन थियटर, एक्स-रे सुविधा के लिए किराया प्रभार, डॉक्टरों की फीस, नर्सिंग प्रभार, दवाईयाँ, खाद्य, अधिशुल्क तथा अन्य आय समाविष्ट कर होगी)

State estimated annual income (this includes room charges, Operation Theatre, Rent, charges for X-ray facilities, doctor's fees, nursing charges, medicines, food, surcharge and any other income)

17. आपके संस्था में सेवा को ध्यान में रखते हुए पिछले 5 साल के दौरान प्रस्तावक के विरुद्ध हुए किसी दावों का ब्यौरा दें।

Details of any claims lodged against the proposer during the past 5 years on account of services rendered by your establishment.

18. क्या आप पहले कभी दायित्व के विरुद्ध बीमाकृत थे ? यदि हाँ, बीमाकर्ताओंका नाम, पॉलिसी संख्या तथा अवधि लिखें।

Have you ever insured against liabilities in the past? If so, please specify the name of the insurer, policy number and period.

19. क्या आपके दायित्व बीमा नवीकरण को किसी बीमाकर्ता ने निरस्त / अस्वीकार / अस्वीकृत किया है या शर्तों के अधीन आपके प्रस्ताव को स्वीकृत किया है।

Has any insurer cancelled/declined/refused to renew your liability insurance or accepted your proposal subject to restrictions.

20. आगामी तारीख में आपके विरुद्ध दायित्व दावा उत्पन्न होने की कोई संभावना है, ब्यौरा दे।

Details of any event likely to give rise to a liability claim against you at a future date

21. किसी एक वर्ष के लिए आवश्यक क्षतिपूर्ति की सीमा दर्शाए

State limits of indemnity required for any one year

22. अपेक्षित बीमा अवधि

से

तक

Period of Insurance required

From

To

23. स्वैच्छिक उपरि राशि

Voluntary Excess

मैं/हम घोषित करता हूँ/करते हैं कि उपरोक्त विवरण तथा ब्यौरे सही हैं और मैं/हम ने कोई भी वस्तुगत तथ्य गलत तरीके से कहा या प्रस्तुत नहीं किया है और कि मौजूदा समय में मेरे/हमारे तथा कंपनी के विरुद्ध किसी लापरवाही कार्य, भूल या चूक के लिए कोई दावा पूर्वानुमानित नहीं है और मैं सहमत हूँ कि यह घोषणा मेरे/हमारे और बीमाकर्ताओं के बीच सविदा का आधार होगी। मैं /हम यह भी सहमत करता हूँ/करते हैं कि लापरवाही कार्य, भूल या चूक या यह बीमा प्रारम्भणा से पहले दुराचरण के कारण उत्पन्न दावे के लिए बीमा के अंतर्गत क्षतिपूर्ति उपलब्ध नहीं होगी।

I/We hereby declare that the above statement and particulars are true and I/We have not suppressed or misstated



any material facts and that at the present time I/We have no reason to anticipate any claim being brought against me/our for any negligent act, error or omission on my/our part and against the Company and agree that this declaration shall be the basis of contract between me/us and the Insurer.

I/we also agree that the indemnity under the insurance shall not be availed for claims arising out of acts of negligence, error or omission or misconduct committed PRIOR to commencement of this insurance

तारीख  
Date

स्थान :  
Place

प्रस्तावक के हस्ताक्षर  
Signature of Proposer

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41  
Section 41 of the Insurance Act, 1938  
छूट निषेध

Prohibition of Rebates

1. कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से किसी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति बीमा लेने, नवीकरण करने या चालू रखने के लिए, प्रलोभन के रूप में, देय कमिशन के पूरे या हिस्से की छूट या पॉलिसी में सूचित प्रीमियम की छूट दे या दिलाए और कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या चालू रखने के लिए ऐसी किसी छूट को स्वीकार नहीं करेगा जो बीमाकर्ता द्वारा प्रकाशित सूची या विवरणीका अनुसार अनुमत न हो।

No person shall allow or offer to allow either directly or indirectly as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy nor shall any person taking out or continuing a policy accept any rebate except such rebate as may be allowed in accordance with the prospectus or tables of the Insurer

2. इस धारा में उपबंधों का उल्लंघन करनेवाला व्यक्ति पाँच सौ रूपयों तक के लिए दंडनीय होगा।

Any person making default in complying with the provisions of this section shall be punishable with fine which may extend to Rs. 500/-