

दुर्घटना पुस्तक / ACCIDENT BOOKकर्मचारी राज्य बीमा निगम / **EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

(विनियम 66) / (Regulation 66)

क्रम संख्या Sl. No.	सूचना की तारीख Date of Notice	सूचना का समय Time of Notice	क्षतिग्रस्त व्यक्ति का नाम व पता Name & Address of Injured Person	ध्लंग Sex	आयु Age	बीमा संख्या Insurance No.	कर्मचारी की पाली, विभाग व व्यवसाय Shif, department & Occupation of the employee	क्षति का विवरण / Details of Injury				
								कारण Cause	स्वरूप Nature	तारीख Date	समय Time	स्थान Place
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

दुर्घटना के समय बीमाकृत व्यक्ति वास्तव में क्या कर रहा था? What exactly was the injured person doing at the time of accident	सूचना देने वाले व्यक्ति का नाम, व्यवसाय, पता और उसके हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान Name, Occupation address & Signature or the thumb impression of the person(s) giving notice	दुर्घटना पुस्तक में प्रविष्टिकर्ता के हस्ताक्षर और पदनाम Signature and designation of the person who makes the entry in the Accident Book	दो साक्षियों के नाम, पते और व्यवसाय Name, Address & Occupation of two witnesses	अभ्युक्ति, यदि कोई हो Name, Address & Occupation of two witnesses
14	15	16	17	18