संदर्भ क्र. विविमं/२०२६–२७/०४९ दिनांक : २९ जून, २०२६.

प्रति,
मा. प्राचार्य/ मा. संचालक/ मा. विभागप्रमुख
सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित सर्व महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था,
सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठातील सर्व पदवी व पदव्युत्तर विभाग

विषय : २०२६–२७ या शैक्षणिक वर्षातील विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना.

महोदय/महोदया,

सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठ विद्यार्थी विकास मंडळामार्फत विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा योजना सन १९९२–९३ पासून सुरू करण्यात आली आहे. सध्या ज्या विद्यार्थ्यांनी महाविद्यालयात/मान्यताप्राप्त परिसंस्थेत आणि विद्यापीठ विभागात नियमित प्रवेश घेतला आहे अशा सर्व विद्यार्थ्यांकडून या योजनेअंतर्गत विमा निधी घेण्यात येतो.

शैक्षणिक वर्ष २०२६–२७ साठी (२९ जून २०२६ ते २८ जून २०२७) युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे यांच्याबरोबर विद्यार्थ्यांच्या अपघाती विमा संरक्षणासंबंधी करार करण्यात आला आहे.

विद्यापीठ अधिकार मंडळाने घेतलेल्या निर्णयानुसार यापूर्वी देण्यात येणाऱ्या विद्यार्थी अपघात सुरक्षा विमा आर्थिक सहाय्य रकमेत सुधारणा करण्यात आली असून शैक्षणिक वर्ष २०२५–२६ पासून विद्यार्थी अपघात विमा सुरक्षा योजनेअंतर्गत मिळणारी रक्कम व तपशील खालील चौकटीत दिला आहे.

Sr. No.	Particulars of Coverage	Amount of coverage Rs.
01	Accidental Death	**Rs. 2,00,000/-**
02	Loss of two limbs, eyes or one limb and eye.	**Rs. 2,00,000/-**
03	Loss of one limb or one eye.	**Rs. 1,00,000/-**
04	Permanent Total Disablement from injuries other than Those named above (PTD)	**Rs. 2,00,000/-**
05	Medical expenses arising out of accidental injuries due to Hospitalization for every students	**Rs. 1,00,000/-**
06	Any one accident Limit	**Rs. 50,00,000/-**

प्रचलित पध्दतीनुसार आंशिक अपंगत्व, कायमचे अपंगत्व, अपघातग्रस्त विद्यार्थ्यांना औषधोपचारासाठी तसेच मृत्यू पावलेल्या विद्यार्थ्यांच्या पालकांना उपरोक्त निर्धारित संपूर्ण भरपाई रक्कम फक्त विमा कंपनीकडून मिळते याकरिता;

१. **अपघाती मृत्यू किंवा दुखापत या दोन्ही प्रकरणांमध्ये अपघाताच्या तारखेपासून शक्यतो ०७ दिवसांच्या आत विमा कपंनीस दाव्याबाबत (प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र)) विमा कंपनीच्या ईमेल वर सूचित करणे आवश्यक आहे.**

२. **यानंतर विमा कंपनीचा सोबत जोडलेला विहित नमुन्यातील अर्ज विमा संरक्षण भरपाई दावा दाखल करण्यासाठी आवश्यक त्या सर्व कागदपत्रांसह (उदा. १) प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) २) विहित कंपनीचा पॉलिसी क्रमांकासह क्लेम अर्ज ३) अनुषंगिक कागदपत्रे.) पूर्तता विमा कंपनीस (युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर, रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे – ४११ ००६ या पत्त्यावर) करणे आवश्यकच आहे.**

३. वरीलप्रमाणे प्राथमिक माहिती/सूचना पत्र (इन्टिमेशन पत्र) फक्त ईमेलद्वारे तर विहित नमुन्यातील अर्ज व संबंधीत सर्व कागदपत्रे यांची पूर्तता विमा कंपनीच्या ईमेल वर आणि विमा कंपनी कार्यालयास (पोस्टाद्वारे किंवा हस्तपोहोच) करणे अनिवार्य आहे, याची नोंद घ्यावी. सदर संपूर्ण कार्यवाही ही लवकरात लवकर पूर्ण करणेबाबत प्रयत्न करावेत.

४. **वरीलप्रमाणे अपघात विमा दाव्यासंबंधी आपण विमा कंपनीस पाठवित असलेला ईमेल हा विद्यापीठाच्या bsdinsurance@unipune.ac.in या ईमेलवर (Cc) म्हणून देखिल पाठविणे अनिवार्य आहे, याची नोंद घ्यावी.**

युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे या संस्थेचा पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक खाली दिला आहे. सदर विमा योजनेअंतर्गत दावा दाखल करण्यासाठी पुणे, अहिल्यानगर व (केंद्रशासित प्रदेश सिल्वासासह) नाशिक जिल्हयांतील सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाशी संलग्नित महाविद्यालये व मान्यताप्राप्त परिसंस्था व विद्यापीठ विभाग यांनी अधिक माहितीसाठी पुढील क्रमांकावर संपर्क साधावा.

विमा कंपनी कार्यालयाचा पत्ता आणि फोन नं.

युनायटेड इंडिया इन्श्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड
गेरा, ७७, ब्लॉक नं ४०३, कल्याणीनगर,
रामवाडी जकात नाक्यामागे, पुणे – ४११ ००६.
फोन नं. : (०२०) २६६८४०४१ / २६६८४०४४
ईमेल व मोबाईल संपर्क

Name		Email id		Phone no.
Jyoti Talekar	:	jyotitalekar@uiic.co.in	:	9869079794
Viplove Gedam	:	viploveg@uiic.co.in	:	8983374363
Prabhakar More	:	prabhakarmore77@gmail.com	:	9767560022

सोबत : विमा संरक्षण नुकसान भरपाई दावा अर्ज.

याव्यतिरिक्त शासन निर्णयानुसार राज्यातील अकृषी विद्यापीठे तसेच संलग्नित महाविद्यालय/परिसंस्थेतील विद्यार्थ्यांसाठी विद्यार्थी वैयक्तिक अपघात विमा (Personal Accident Insurance) तसेच ऐच्छिक स्वरूपातील विद्यार्थी वैद्यकीय विमा (Medical Insurance) योजना लागू करण्यात आली आहे.

मात्र सावित्रीबाई फुले पुणे विद्यापीठाच्या विद्यार्थी अपघात विमा सुरक्षा योजनेअंतर्गत वरीलप्रमाणे मिळणाऱ्या रक्कमेपेक्षा जास्त विमा रकमेचे संरक्षण करू इच्छित असतील तर अशा सर्व इच्छुक विद्यार्थ्यांना शासन स्तरावरील ''स्वामी विवेकानंद युवा सुरक्षा योजना'' बाबत अवगत करून सदर योजनेसाठी विकसित करण्यात आलेल्या svyuvasuraksha.org या संकेतस्थळावर मार्गदर्शन घेऊन आपल्या स्तरावर नोंदणी व इतर आवश्यक ती कार्यवाही करण्याबाबत संबंधितांना सूचित करावे. याबाबतचे सविस्तर पत्र विद्यार्थी विकास मंडळाच्या लिंकवर उपलब्ध आहे.

कळावे, ही विनंती.

(डॉ. सविता कुलकर्णी)
संचालक, (अतिरिक्त कार्यभार)
विद्यार्थी विकास मंडळ

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED

Head Office: 24, WHITES ROAD, CHENNAI - 600014

The necesary claim form is attached. Alongwith the claim form the following documents are required to be forwarded at the time of claim

1) Principal Covering Letter on college letterhead for students attendance register
2) College ID proof of the student
3) Medical bills all in original along with fitness certificate of the doctor.

In case of Death / major accidents along with the above documents we will also require

1) Death certificate,
2) Police papers such FIR, Panchnama, PM report etc.

In case of permanent disability claim, the disability certificate to provided alongwith other documents

युनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

(भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : युनाइटेड इंडिया हाऊस, 24, व्हाइटस् रोड, चेन्नई-600 014.

UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

(Subsidiary of General Insurance Corporation of India)
Regd. & Head Office : United India House, 24, Whites Road, Chennai-600 014.

वैयक्तिक दुर्घटना बीमा दावा फॉर्म

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

(For Disablement Claims Only)

इस फॉर्म के जारी करने से दायित्व की स्वीकृति नहीं मानी जाएगी । कृपया फॉर्म को पूर्ण रुप से भरकर संबंधित कागजात, बिलों, रसीदों आदि सहीत दुर्घटना के 14 दिनों के अंदर लौटाएं ।

The issue of this form does not constitute asmission of liability. Please return the form duly completed within fourteen days of the accident together with the relevant prescriptions, bills, receipt etc.

दावा सं. **Claim No.** | पॉलिसी सं. **Policy No.** 1608004226P104665720

1.	बीमाधारक/INSURED	(a)	
	(a) नाम/Name		
	(b) पता/Address	(b)	
2.	बीमाधारक व्यक्ति INSURED PERSON	(a)	
	(a) नाम Name		
	(b) पता Address	(b)	
	(c) व्यवसाय Occupation	(c)	
	(यदि एक से अधिक हो तो सभी दर्शाएं) (if more than one state all)		
	(d) अगले जन्मदिन को आयु Age next Birthday	(d)	वर्ष Years
	(e) उँचाई Height	(e)	से.मी. Cms.
	(f) वजन Weight	(f)	कि.ग्रॉ Kgs.
3.	(a) दुर्घटना कब हुई ? कृपया दिनांक व सही समय दर्शाएं When did the accident happen? Please state date and exact time	(a)	
	(b) दुर्घटना कहाँ हुई Where did the accident happen ?	(b)	
	(c) दुर्घटना का पूर्ण ब्यौरा, उसका कारण तथा उससे पहुँचे जख्म का विवरण दें. Give full description of the accident, its cause and injuries sustained.	(c)	
	(d) जख्मी व्यक्ति दुर्घटना के समय नशीली शराब या ड्रग के नशे में था. Was the injured person under the influence of drugs or intoxicating liquor at the time of the accident.	(d)	
	(e) दुर्घटना के समय साक्षीदार यदि कोई हो, का नाम व पता दें. Give the name and address of witness if any to the accident.	(e)	
4.	(a) दी गई चिकित्सा का ब्यौरा तथा चिकित्सा परिचर का नाम व पता दें. Give details of medical attention given and the name & address of the Medical Attendant.	(a)	
	(b) यदि उपरोक्त नामित चिकित्सा परिचर जख्मी व्यक्ति का सामान्य चिकित्सा परिचर नहीं है तो, उसके सामान्य चिकित्सा परिचर का नाम व पता दें. If the Medical Attendant named above is not the injured Person's usual Medical Attendant, give the name and address of his usual Medical Attendant.	(b)	
	(c) क्या यह या किसी अन्य चिकित्सा परिचर ने जख्मी व्यक्ति का पहले किसी बीमारी या जख्म के लिए उपचार किया था. Has he or any other Medical Attendant treated the injured Person previously for any illness or injury ?	(c)	
	(d) क्या कंपनी के चिकित्सा अधिकारी जब आवश्यक हो जख्मी व्यक्ति से मिल सकते है लिखे. State where a Medical Officer of the Company can visit the injured Person, if necessary.	(d)	

5.	वह अवधि लिखे जब वह जख्मी व्यक्ति State the period during which the injured Person has been	
	(a) खाट/घर में तथा अपनी सामान्य कार्य पर उपस्थित रहने में असमर्थ था Confined to bed/house and unable to attend to his normal duties at all	(a) से/From तक/To
	(b) अशत: अपनी सामान्य कार्य पर उपस्थित रहने मे समर्थ था चाहे घर में या नहीं Partially able to attend his normal duties whether confined to house/or not	(b) से/From तक/To
6.	जख्मी व्यक्ति किस तारीख तक पुन: सामान्य ड्युटी पर जा सकेंगे/करने योग्य होंगे. State date on which the injured Person has been/will be able to resume normal duties	
7.	(a) क्या जख्मी व्यक्ति ने कोई दावा किया या किसी दुर्घटना की पॉलिसी के अंतर्गत या पूर्व बीमारी में क्षतिपूर्ति प्राप्त की है. यदि हॉ, विवरण दें. Has the injured Person made any Claim or received compensation under any Policies of Accident or sickness in the past ? If so, Give particulars.	(a)
	(b) क्या जख्मी व्यक्ति के पास कोई अन्य दुर्घटना पॉलिसी है. यदि हॉ, बीमाकर्ता का नाम दें. State whether the injured person holds any other Accident Policy, if so give the name (s) of the insurer (s)	(b)

मै/हम एतद्द्वारा घोषित करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम ऊपर नामित व्यक्ति को उपर घोषित जख्म पहुँचा है तथा कि उपरोक्त विवरण सभी तरह से सही हैं.

I/We hereby declare that I/the Person named above have/has sustained the injuries described above and that foregoing particulars are true in every respect.

स्थान / Place :

बीमाधारक के हस्ताक्षर
Signature of Insured

दिनांक / Date :

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर
Signature of Insured Person

टिप्पणी : ''जख्मी व्यक्ति'' शब्द ''बीमाधारक'' के रुप में पढ़ा जाय यदि बीमाधारक और जख्मी व्यक्ति एक और वही व्यक्ति है.

Note : The world "Injured Person" may be read as "Insured". If the insured and the injured Person are one and the same.

युनाइटेड इंडिया इन्शूरेन्स कं. लि.

(भारत सरकार का उपक्रम)

UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

(A Government of India Undertaking)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : 24, व्हाईट्स रोड, चेन्नई - 600 014.

Regd. & Head Office : 24, Whites Road, CHENNAI - 600 014.

वैयक्तिक दुर्घटना बीमा - चिकित्सा रिपोर्ट

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE - MEDICAL REPORT.

यह फार्म चिकित्सा परिचारक द्वारा पूर्ण किया तथा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए.

This form is to be completed and signed by the Medical Attendant.

1. जख्मी व्यक्ति का नाम तथा पता. 1. Name and Address of injured person.	
2. जख्मों का प्रकार तथा मात्रा का वर्णन किजिए. 2. Describe nature and extent of injures.	
3. दुर्घटना का कारण, जहां तक आपकों मालूम है. 3. Cause of the accident so far as is known to you.	
4. (क) आपने दुर्घटना के बाद जख्मी व्यक्ति पर पहली बार उपचार कब किये. 4. (a) When did you first attend on the injured person following the accident.	(क) (a)
(ख) क्या आप अब भी उसका उपचार कर रहे है. (b) Are you still attending on him.	(क) (a)
5. क्या आप उनके नियमित चिकित्सा परिचारक है, यदि आपने उनका पूर्ववर्ती बीमारी या जख्मों के लिए उपचार किया है, तो कृपया विवरण दे. 5. Are you his usual Medical Attendant ? If you have treated him for any Previous illness or injury, please give details.	
6. (क) क्या उनका जख्म (i) पूर्ण रुप से दुर्घटना की वजह से हुआ है या (ii) किसी पुर्वदर्ती बीमारी, कमजोरी, जख्मों की वजह से या अन्य किसी कारण से हुआ है	(क) (i) (ii)
6. (a) Are his injures (i) Solely due to the accident or (ii) Traceable to any disease, infirmity, previous injuries or any other cause.	(a) (i) (ii)
(ख) क्या जख्मी व्यक्ति को कोई बीमारी या जख्म (इन जख्मों के अलावा, है जो प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रुप से; (i) दुर्घटना का कारण बना हो या (ii) जख्मों के ठीक होने मे विलंब का कारण बन सकता हो या (iii) उसकी स्थिती को और भी खराब कर सकता हो.	(ख) (i) (ii) (iii)
(b) Is the injured person suffering from any disease or injury (apart from this injury) which directly or indirectly (i) may have contributed to be the accident or (ii) is likely to retard his recovery from the injuries or (iii) is likely to aggravate his condition ?	(b) (i) (ii) (iii)
ग) क्या आपकी राय मे वह व्यक्ति दुर्घटना के समय शराब या ड्रग्स के नशे में था. (c) Was he to your knowledge under the influence of intoxicants or drugs at the time of accident.	(ग) (c)
7. (क) आपकी रायमे जख्मी व्यक्ति उसको हुए जख्मों के पूर्ण तथा प्रत्यक्ष परिणामों की वजह से कितने दिन तक बिस्तर / घर नहीं छोड सकता. 7. (a) According to you how long has injured person to be confied to bed / house as the direct and sole consequence of the injuries sustained	(क) (a)

Scanned by CamScanner

(ख) इस अवधि के दौरान क्या जख्मी व्यक्ति उसके सामान्य कामों को किसी भी हद तक कर सकता है, यदि है ? तो किस तिथी से (b) During this period will the injured person be able to attend to any portion of his normal duties ? If so, from what date.	(ख) (b)
(ग) यदि नहीं तो निम्न की अनुमानित तिथि बताए (i) उसके, अपने सामान्य कार्योंको किसी हद तक कर सकने की तिथि (ii) उसके, अपने सामान्य कार्योंको पूर्ण रुप से कर सकने की तिथि (c) if not, please state probable date of. (i) his being able to attend to any portion of his normal duties (ii) his resumption of his normal duties fully.	(ग) (i) (ii) (c) (i) (ii)
8. कोई अन्य टिप्पणिया. 8. Any other remarks you wish to make.	

मैं एतद्द्वारा यह प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त व्यक्ति को हुआ जख्म दुर्घटना के प्रकार के अनुरुप है और मैने इन जख्मों का उपचार किया है ।

I hereby certify that the injuries sustained by the person mentioned above are in accordance with the nature of the accident as described to me and that I treated him for the said injuries.

स्थान / Place

हस्ताक्षर / Signature :

दिनांक / Date :

नाम / Name

पता / Address

अर्हता / Qualification :

Registration No. :

नोट : इस रिपोर्ट का कोई भी शुल्क जख्मी व्यक्ति द्वारा दिया जाएगा.

Note : The fee, if any, for this Report will be borne by the injured person.

Scanned by CamScanner

युनाइटेड इंडिया इंश्यूरेन्स कंपनी लिमिटेड
UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

पंजीकृत तथा प्रधान कार्यालय : 24 व्हाईट्स रोड, चेन्नई 600 014.
Regd. & Head Office : 24, Whites Road, CHENNAI - 600 014.

मंडलीय / शाखा कार्यालय :
Divisional /Branch Office

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा - दावेदार विवरण
Personal Accident Insurance - Claimant's Statement

(इस प्रपत्र का निर्गमन देयता की स्वीकृति से संबंध नहीं है। कृपया इस प्रपत्र को विधियत भरकर अस्पताल या चिकित्सा उपचारक के मृत्यु प्रमाण पत्र, शवपरीक्षा प्रमाण पत्र यदि कोई हो तथा पुलिस पंचनामा यदि कोई हो, के साथ लौटायें)
(The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return this form duly completed together with Death Certificate from the Hospital or the Medical Attendant, Post Mortem Certificate, if any and the Police Panchanama, if any)

दावा संख्या Claim No. : पालिसी संख्या Policy No : 1608004226P104665720

1) (क) दावेदार का पूरा नाम (यदि एक से अधिक हो, तो सभी का नाम लिखें) (क)
(a) Name of claiment (in full) (If more than one, state names of all) (a)

(ख) पता (ख)
(b) Address (b)

(ग) मृतक के साथ दावेदार का संबंध (ग)
(c) Relationship of claimant with the deceased (c)

2) दावे का स्वरूप बताऐं जिसके अधीन दावेदार धनराशि का दावा कर रहा है
State nature of title under which claimant is claiming the amount

दुर्घटना में मृत बीमाकृत व्यक्ति का विवरण
Particulars of the Insured Person who died in the accident

3) (क) पूरा नाम : (क)
(a) Name (in full) (a)

(ख) अंतिम पता (ख)
(b) Last address (b)

(ग) कारोबार (ग)
(c) Occupation (c)

(घ) दुर्घटना के समय आयु (घ)
(d) Age at the time of the accident (d)

4) (क) दुर्घटना कब घटी? (दिनांक तथा ठीक समय बताऐं) (क)
(a) When did the accident happen? (Give date and exact time) (a)

(ख) दुर्घटना कहां घटी (ख)
(b) Where did the accident happen? (b)

(ग) दुर्घटना का पूर्ण विवरण दें, इसका कारण तथा पहुंची हुई चोटें (ग)
(c) Give full description of the accident, its cause and injuries sustained. (c)

(घ) दिनांक, समय तथा मृत्यु का स्थान बताऐं (घ)
(d) State date, time and place of death. (d)

5) किस दिनांक को तथा किससे दावेदार को दुर्घटना के संबंध में सूचना प्राप्त हुई?
On what date did the claimant receive information with regard to the accident and from whom?

6) दुर्घटना के साक्षी दो व्यक्तियों के नाम तथा पते दें
Give the names and address of two persons who witnessed the accident.

7) (क) क्या दुर्घटना के समय मृतक बीमारी से मुक्त था, यदि नहीं तो विवरण दें। (क)
(a) Was the deceased free from infirmity at the time of accident? (a)
If not, give particulars

(ख) क्या दुर्घटना के समय मृतक दवाओं या पेय के नशे में था। (ख)
(b) Was the deceased under the influence of drugs or drink at the time of accident? (b)

(ग) क्या दावेदार को विश्वास है कि मृत्यु का प्रत्यक्ष कारण दुर्घटना थी। (ग)
(c) Is the claimant satisfied that the death was directly due to the accident. (c)

(घ) निम्न के नाम तथा पते दिजिए : (घ)
(d) Give the names and addresses of : (d)

(i) अस्पताल, क्लिनिक या उपनर्सागृह का नाम जहाँ मृतक का दुर्घटना के बाद उपचार कराया गया। (i)
The Hospital, Clinic or Nursing Home where the deceased was treated after the accident.

(ii) शल्य चिकित्सक / चिकित्सक का नाम जिसने दुर्घटना के बाद मृतक का उपचार किया। (ii)
The Physician / Surgeon who attended on the deceased after the accident.

(iii) उसका नियमित चिकित्सक, यदि कोई हो (iii)
His regular Physician if any

8. क्या मृतक के जीवन में कोई अन्य दुर्घटना हुई थी, यदि हाँ, तो बीमाकर्ता / ओं के नाम तथा दावा धनराशि / याँ बताऐं
Did the deceased have any other Accident Insurance on his life?
If, so, state the name of the insurer/s and amount/s claimed.

मैं / हम यह पुष्टि तथा घोषणा करता हूँ / करते हैं कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह पूर्ण तथा सत्य हैं।
I / We hereby affirm and declare that the answers to all the above questions are full and true in every respect.

स्थान / Place :

दिनांक / Date :

दावेदार के हस्ताक्षर
Signature of Claimant

साक्षी / Witnesses

1. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

2. हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

FORM No. MISC-39
C/P 2500 (Pkt. x 50) 9/2001