

ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प्रधान कार्यालय - पो.ब.नं. १९४३३, ज्ञानेश्वर काठमाण्डौ, नेपाल

(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

घातक बिमारी / असक्तता / दुर्घटना दावी फारम

अस्वस्थता (घातक बिमारी) दावी ☐

अशक्तता (दुर्घटना) दावी ☐

बीमालेख नं.....

दावीकर्ताले भर्नुपर्ने

बीमालेख मालिकको नाम	ठेगाना
बीमितको नाम	
बीमितसँगको नाता	(दावीकर्ता र बीमित फरक भएमा)
बीमितको जन्ममिति	टेलिफोन / मोबाईल #
अशक्तता / रोग लाग्नुभन्दा पहिलेको व्यवसाय तथा काम	
औसत साप्ताहिक आय	

भाग क: घातक बिमारी / अस्वस्थता दावीको लागि मात्र

रोगको प्रकृति	शुरुमा देखिएको लक्षण
के बिरामी पहिले कहिल्यै यो रोगबाट पीडित हुनुहुन्थ्यो?	(यदि हुनुहुन्थ्यो भने विवरण दिनुहोस्)
सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम	सल्लाह लिइएको मिति
अस्पतालको नाम	
भर्ना मिति	डिस्चार्ज मिति

भाग ख : दुर्घटना/अशक्तता दावीको लागि मात्र

दुर्घटनाको प्रकृति	दुर्घटनाको मिति तथा समय
कहाँ र कसरी दुर्घटना भएको हो?	
दुर्घटनाको कारण तपाईंलाई कस्तो शारीरिक घाउचोट लागेको थियो?	
कुन मिति देखि तपाईंले आफ्नो सम्पूर्ण पेशागत कार्य गर्न बन्द गर्नुभयो?	
के तपाईंले अशक्त भएपछि कुनै काम गर्नुभएको छ ?	(यदि गर्नुभएको छ भने खुलाउनुहोस्)
तपाईं कहिलेदेखि काममा फर्कने अपेक्षा गर्नुहुन्छ ?	
अस्पतालमा बसेको (.....देखिसम्म) घरमा बसेको (.....देखिसम्म)	
तपाईं कति समय सम्म अशक्त हुनुभयो ? पुर्णरुपमा:-.....(हप्ता)(दिन) आंशिक रूपमा:-.....(हप्ता)(दिन)	
सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम	सल्लाह लिइएको मिति
तपाईंको हालको अवस्थाको पूर्ण विवरण दिनुहोस्	

नोट: यो खाली फारम, यस अन्तर्गतको दावी सम्बन्धमा कम्पनीलाई भएको प्रतिरक्षाको अधिकार छुट नहुने गरी र कुनै दुराग्रह बिना बीमितलाई उपलब्ध गराईएको छ । तलको हस्ताक्षर कर्ताले उल्लेखित बीमाको दावी गर्छु तथा लिखित बयान एवं बीमितको उपचार गरेका वा बीमितलाई हेरेका सबै चिकित्सकहरूले दिएको बयानपत्र (affidavits) तथा यहाँ उल्लेखित निर्देशन अनुसार मागिएका अन्य सबै कागजातहरू(दुर्घटना/अस्वस्थता)बाट क्षतिको प्रमाण बन्दछ, र ती सबै क्षतिको प्रमाणका अंग हुन ।

अधिकार पत्र (AUTHORIZATION)

म प्रमाणित गर्दछु कि यस आवेदनका सबै बयानहरू मैले जाने बुझे सम्म पुर्ण र सत्य हुन र म वा मेरा परिवारका सदस्यहरूको बारेमा तथ्याङ्क वा जानकारी भएको सबै चिकित्सकहरू, अस्पतालहरू, क्लिनिकहरू, फर्मासिष्टहरू, लेबोरेटरीहरू, रोजगारदाताहरू र कुनै पनि संस्था वा व्यक्ति जो संग मेरो वा मेरो परिवारको कुनैपनि बीमित सदस्यहरूको बारेमा कुनैपनि र सबै स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सम्बन्धि पूर्व विवरण, चिकित्सकीय सल्लाह, जाँच, रोगको उपचार वा बिरामी सम्बन्धी तथ्याङ्कको नक्कल ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लाई उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु । यस अधिकार पत्रको कुनै पनि प्रतिलिपिलाई सक्कल सरह मानिने छ ।

दावीकर्ताको नाम	हस्ताक्षर	मिति
साक्षीको नाम	हस्ताक्षर	मिति