

दावीकर्ताले भर्ने दावी विवरण

क. दावी भएको बीमालेख नम्बर :

ख. स्व. बीमित/प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण :-

- पूरा नाम थर:..... माता/पिताको नाम:.....
- जन्म मिति:..... पति/पत्नीको नाम:.....
- उमेर:..... पेशा :
- ठेगाना:..... वडा नं. न.पा./गा.पा..... जिल्ला:

ग. मृत्यु सम्बन्धी विवरण :-

- मृत्यु भएको मिति: समय:
- मृत्यु भएको स्थान: घर/अस्पताल/अन्य स्थान
- जिल्ला: वडा नं. न.पा./गा.पा.
- अस्पतालको हकमा: अस्पतालको नाम:..... ठेगाना:.....
- मृत्युको सम्भावित कारण:..... मृत्युको खबर दिने व्यक्ति.....

घ. उपचार सम्बन्धी विवरण :-

- मृतकले सर्वप्रथम विरामीको सिकायत गरेको मिति ?.....
- सिकायत गरेको रोगको लक्षणको विवरण ?
- मृत्यु हुनु भन्दा ३ वर्ष अघि कुनै चिकित्सक वा औषधोपचार सम्बन्धी सरसल्लाह लिएको भए निम्न लिखित जानकारी दिनुहोस ।

चिकित्सकको नाम	अस्पताल/क्लिनिकको नाम	उपचारको कारण	औषधीको विवरण
.....
.....
.....

ड. दावीकर्ताको विवरण :-

- पूरा नाम थर:
- जन्म मिति: स्व. व्यक्तिसंगको नाता.....
- ठेगाना : वडा नं. न.पा./गा.पा..... जिल्ला :
- रकम भुक्तानी लिने बैंकको नाम..... शाखा.....
खाता नम्बर.....

उद्घोषण

माथि उल्लेखित प्रश्नहरूको उत्तर सत्य तथा पूर्ण छन् । साथै कुनै पनि प्रश्नको जवाफ भुटा साबित भएमा कानून बमोजिम सजायको भागि हुने मञ्जुर गरी सो बीमालेख अन्तर्गत पाउने रकमको लागि दावी गर्दछु । कुनै पनि चिकित्सक वा अस्पतालले, बीमितको स्वास्थ्य सम्बन्धमा कम्पनीले बीमा लागु गर्नु भन्दा पहिले वा बीमा लागु गरे पश्चात, प्राप्त गरेको कुनै पनि तथ्य वा जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन वा बीमकलाई प्रदान गर्न मनाही गर्ने/रोक लगाउने कुनै कानूनले वा रिति-रिवाजले व्यवस्था गरेको भए पनि त्यस्ता तथ्य वा जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन र बीमक वा कुनै न्यायिक निकायलाई प्रदान गर्न म स्वविवेकले अख्तियार प्रदान गर्दछु र त्यस्ता कानून वा रिति रिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्ने छैन भनी म सच्चा हृदयले उद्घोषण गर्दछु ।

ईति सम्बत्..... साल महिना..... गते..... रोज शुभम्

साक्षीको सही दावीकर्ताको सही

नाम थर नाम थर

ठेगाना ठेगाना

मिति मिति

फोन नं. फोन नं.

द्रष्टव्य: साक्षी स्व. व्यक्ति वा दावीकर्ताको नातेदार हुन हुँदैन ।