

मिति:

श्रीमान् प्रबन्धकज्यू,
लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लि.
काठमाण्डौ ।

मार्फत् : शाखा कार्यालय/..... ।

विषय : बिमालेख नं. को मृत्यु दावी भुक्तानी सम्बन्धमा ।

महोदय,

उपरोक्त सम्बन्धमा, त्यस कम्पनीका बीमित/प्रस्तावक, मेरो को
(बीमित/प्रस्तावकको नाम) (नाता)

मिति गतेका दिन

..... को
(मृत्युको कारण)

कारणले स्वर्गारोहण भएको हुनाले निजले इच्छाएको व्यक्ति/हकवाला म लाई मृत्यु दावी
(दावीकर्ता)

भुक्तानी उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध गर्दछु । साथै मृत्यु दर्ताको प्रमाणपत्र तथा तल उल्लेखित आवश्यक कागजातहरु यसै साथ संलग्न गरेको/गरेकी छु ।

भवदीय,

हस्ताक्षर

नाम

ठेगाना

फोन नं.

संलग्न कागजातहरु :

१. अन्तिम बीमाशुल्क भुक्तानी गरेको रसिद
२. दावीकर्ताको बयान (दावीकर्ताद्वारा भरिने फाराम)
३. चिकित्सकको प्रमाण-पत्र
४. अस्पताल उपचारको प्रमाण-पत्र (उपचारको कागजात सहित)
५. वकपत्र
६. कार्यालयको तर्फबाट प्रमाण-पत्र (बिदाको विवरण सहित)
७. दावी फछ्यौट पूर्जा
८. मृत्यु दर्ताको प्रमाण-पत्र (स्थानिय पञ्जिकाधिकारी)
९. नाता प्रमाणित प्रमाण-पत्र
१०. इच्छाएको व्यक्तिको नागरिकताको प्रमाण-पत्र
११. सक्कल बीमालेख
१२. अन्य
 - क) गा.वि.स./न.पा./वडाको सर्जमिन मुचुल्का

दुर्घटनालाभ पाउन सक्ने मृत्युदावी भएमा थप निम्नानुसारको कागजातको आवश्यकता पर्दछ ।

- क) शव परिक्षण प्रतिवेदन
- ख) प्रहरी मुचुल्का
- ग) प्रहरीको अन्तिम सक्कल प्रतिवेदन (मृत्युको कारण सहित)

(नोट: सम्पूर्ण प्रतिलिपीहरु नोटरी पब्लिक/एल.आइ.सी. को अधिकृतबाट प्रमाणित गराउनु पर्नेछ ।)



शाखा कार्यालय :

मिति :

दाबीकर्ताको बयान

(बीमा रकमको आधिकारिक हकदार व्यक्तिद्वारा भरिनु पर्दछ । सबै जवाफहरू स्पष्ट एवं शब्दमा हुनु पर्दछ । कुनै पनि किसिमको संकेत, बिन्दु आदिमा दिइएको जवाफ स्वीकार्य हुने छैन ।)

बीमालेख नं. बीमाङ्क रु. अन्तर्गत स्वर्गीय सुश्री/श्री/श्रीमती
..... को नाममा जारी गरिएको थियो, जसको बीमा दाबीकर्ताको रूपमा निम्न लिखित बयान दिदैछु ।

१. दाबीकर्ताको विवरण

पुरा नाम : उमेर :

ठेगाना :

बीमा रकममा दावी गर्नुको आधार : ईच्छाद्वारेको व्यक्ति, हस्तान्तरणको आधारमा प्रशाशक, गुठी ।

२. बीमती / प्रस्तावक स्व. सुश्री/श्री/श्रीमती को मृत्युको बारेमा विवरण ।

क. मृत्यु भएको स्थान :

ख. मृत्यु भएको मिति र निश्चित समय (पूर्वान्ह/अपरान्ह) :

ग. मृत्यु हुँदाको वखत बीमती/प्रस्तावकको उमेर :

घ. अन्तिम बिमारीको अवधि :

ङ. मृत्युको तात्कालिन कारण :

च. मृतकको अन्तिम व्यवसाय :

छ. मृतकको अन्तिम ठेगाना :

ज. मृतकको पिताको नाम :

झ. मृतकको बाजेको नाम :

ञ. मृतकको पतिको नाम :

३. मृतकको नाममा जारी गरिएको बीमालेखको विवरण ।

बीमालेख नं.	बीमाङ्क	बीमालेखको अवस्था : चालु/निष्कृत्य	बीमा प्रारम्भ मिति	टर्म राइडर: रहित/सहित	दुर्घटना लाभ: सहित/रहित

४. क. बीमतीले प्रथम पटक स्वास्थ्यमा आएको खराबीको बारेमा कहिले कोसँग भनेको थियो ?

ख. कुन रोगको बारेमा भनेको थियो ?

५. अन्तिम रोगको उपचार गर्ने डाक्टरको नाम :

६. पछिल्लो तीन वर्षदेखि उपचार गर्दै आएको डा. को नाम तथा जसद्वारा निदान गरिएको रोगको विवरण :

परामर्श लिएको विभिन्न मितिहरू	डा. तथा अस्पतालको नाम र ठेगाना	रोगको विवरण
१.		
२.		
३.		

मयो घोषणा गर्दैछु कि उपरोक्त बयान सबै प्रकारले ठिक साँचो छ । कुनै प्रचलित कानून, रिति-रिवाज, चलन वा परम्पराले गर्दा डा. वा अस्पतालसँग कुनै व्यक्तिको स्वास्थ्य जाँचका बखत गरिने सूचना वा जानकारी गोपनीयताको आधारमा गरिने भएता पनि म यस मृतकसँग सम्बन्धित जाँच गर्ने चिकित्सकलाई, चाहे स्वास्थ्य परिक्षण बीमालेख जारी हुनु पूर्व होस् वा पश्चात् गरेको होस्, आवश्यक सम्पूर्ण सूचना वा जानकारी श्री लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लि. वा सम्बन्धित निकायलाई दिने अनुमति प्रदान गर्दैछु ।

दाबीकर्ताको

हस्ताक्षर :

हस्ताक्षर/औला छाप :

प्रति हस्ताक्षर गर्ने शाखा प्रमुखको नाम :

नाम :

ठेगाना :

ठेगाना :

स्थान : मिति:साल महिना गतेका दिन मेरो उपस्थितिमा घोषणा गरेको हो ।

साक्षीको हस्ताक्षर :

साक्षीको नाम :

ठेगाना :

यदि यो फारमको प्रश्नको उत्तर नेपाली बाहेक अन्य भाषामा दिइएको भए अथवा प्रस्तावकले औला छाप लगाएको भए, साक्षीले निम्न लिखित घोषणा गर्नु पर्दछ ।

“यस घोषणाद्वारा यो प्रमाणीत गर्दैछु कि यस फारमको घोषणाकर्तालाई फारम भराउँदा उस्ले जाने बुझेको भाषा मार्फत् विस्तृत रूपमा बुझाएर, सबै बुझी सकेपछि मात्र हस्ताक्षर/औला छाप गराएको हो ।”

साक्षीको हस्ताक्षर :

साक्षीको नाम :

ठेगाना :



(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

MEDICAL ATTENDANT'S CERTIFICATE

(To be completed by the Medical Attendant of the deceased in the last illness)

In connection with claim under **Policy No.**

Full Name of Deceased.....

1. What was the full name, age, address and occupation of deceased ? Deceased's Father's Name Deceased's Grandfather's Name Deceased's Spouse Name 2. a) His apparent age at the time of death as could be Judged ? b) Was he related to you and If so, how ? c) Description of any marks of Physical peculiarities noticed by you for purpose of identification. 3. a) Time of death ? b) Date of death ? c) Place of death (Give exact address) 4. a) What was the exact cause of death ? Besides defining the disease or other cause of death in such terms as you consider appropriate, kindly add the distinctive technical name. b) Was it ascertained by examination after death or referred from symptoms and appearance during life date of death ? c) How long had he been suffering from this disease before his death ? d) What were the symptoms of the illness ? e) When were they first observed by the deceased ? f) What was the date on which you were first consulted during the illness ? g) Did you attend him during the whole of its course ? If not, state during what period ? 5. a) Were his habits sober and temperate ? b) Have you any reason to suppose or to suspect that decease was in case caused or aggravated by intemperate habits ? 6. a) What other disease or illness (i) preceded (ii) or co-existed with that which immediately cause his death ? b) Give history of such disease or illness stating ? 1) Date when first observed 2) By whom treated ? 3) By whom history reported to you ? 7. a) Was the deceased treated during his last illness by any other medical practitioners or in any hospital before you were consulted ? If so, please state their names and address. b) Did any other medical practioners attended on him in consultation with yourself ? If so, please state their names and address. 8. a) Were you deceased's usual medical attendant ? b) If so, for how long ? c) If not, please state name and address of his usual medical attendant ? 9. When and for what ailment did you treat the deceased during the three year preceeding his last illness ? 10. Was any inquest or formal enquiry held regarding the death or post mortem examination of the body made ? If so, whom and what was the result or finding ? 11. Have you any other information or remarks to make in connection with his claim concerning deceased's alimnet's, habits, mode of living etc.	
---	--

I medical attendant of deceased
DO HEREBY SOLEMNLY DECLARE that foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief and that the deceased did not die by his own act.

Dated at this day of 201

Witness to signature and identity of medical attendant

Signature _____

Full Name

Postal Address

Signature

Qualification

Read. No.

Seal/Stamp :



लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 3 N

चिकित्सकको प्रमाण-पत्र

(मृतकको अन्तिम रोगको उपचार गर्ने चिकित्सकद्वारा भरिनु पर्ने)

सुश्री/श्री/श्रीमती को नाममा जारी गरिएको बीमालेख नं. को बीमा दाबी सम्बन्धमा ।

१. मृतकको पूरा नाम, उमेर, ठेगाना तथा पेशा
.....
मृतकको बुबाको नाम
मृतकको बाजेको नाम
मृतकको पति/पत्नीको नाम
२. क) तपाईंको विचारमा मृत्यु हुँदा मृतकको उमेर कति थियो ?
ख) के मृतक तपाईंको नातेदार हो ? हो, भने सम्बन्ध के हो ?
ग) मृतकलाई चिन्न सकिने कुनै शारीरिक संकेत खुलाउनुहोस् ?
३. क) मृत्यु भएको समय र मिति
ख) मृत्यु भएको स्थान
४. क) मृत्युको वास्तविक कारण के थियो ? कुनै रोग वा अन्य कारणको प्राविधिक नाम खुलाउनुहोस् ।
ख) मृतकको मृत्यु पछि परिक्षणद्वारा साबित गर्नु भएको थियो वा जीवित छँदै कुनै रोगको लक्षण अनुमान गर्नु भएको थियो ?
ग) मृत्यु हुनुभन्दा कति समय अगाडिदेखि मृतक रोगबाट पिडित थियो ?
घ) बिरामी हुनुका लक्षणहरू के थियो ?
ङ) कहिले उनीहरूले मृतकलाई पहिलोचोटि देखे ?
च) रोगीले तपाईंलाई कुन मितिमा सर्वप्रथम जँचाउन आएको थियो ?
छ) के तपाईंले पुरै रोगको अवधिभर उपचार गर्नुभयो ? यदि होइन भने कुन समयमा उपचार गर्नुभयो ?
५. क) के मृतकको स्वभाव सौम्य र संयमी थियो ?
ख) के तपाईंलाई यस्तो लाग्छ कि ऊ बिरामी हुन वा बढ्नुको कारण असंयमी प्रवृत्ति थियो ?
६. क) के अन्य रोग तथा बिरामी (अ) पहिले (आ) अथवा एक्कासी जसको कारणले मृत्यु तुरुन्त भएको थियो ?
अ) रोग पहिलो पटक पत्ता लागेको मिति ?
आ) कसले उपचार गरेको थियो ?
इ) रोगको बारेमा तपाईंलाई कसले बताएको थियो ?
७. क) अन्तिम रोगको समयमा तपाईंलाई जँचाउनु पूर्व कुनै अन्य चिकित्सकसँग पनि उपचार गराएको थियो ? यदि, थियो भने सो डाक्टरको पूरा नाम र ठेगाना दिनुहोस् ।
ख) तपाईंसँगै उपचारमा संलग्न अन्य डाक्टरहरू भए नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।
८. क) के तपाईं मृतकको पारिवारिक चिकित्सक हुनुहुन्छ ? यदि, हुनुहुन्छ भने कति समयदेखि ?
ख) यदि होइन भने मृतकको पारिवारिक डाक्टरको नाम र ठेगाना खुलाउनुहोस् ?
९. मृतकको अन्तिम बيمारी पूर्व तीन वर्ष भित्र कहिले कहिले र कुन कुन रोगको उपचार गर्नु भएको थियो ?

१०. मृत्यु पश्चात् कुनै त्यस्तै औपचारिक सोधपुछ अथवा पोष्ट मार्टम रिपोर्टबाट सोधपुछ भएको थियो ? भए, कसबाट र के पत्ता लागेको थियो ? ११. के तपाईं यस बीमा दाबीको सम्बन्धमा मृतकको बानी, जीवन स्तर बारे अन्य केही जानकारी बताउन चाहनु हुन्छ ? यदि, हुन्छ भने दिनुहोस् ।	
---	---------------------------

म सुश्री/श्री/श्रीमती को चिकित्सकको हैसियतले यो घोषणा गर्दछु कि, “मलाई जानकारी भएसम्म यो विश्वास छ कि उपर्युक्त जानकारी एवं सूचनाहरु ठीक र साँचो छ । साथै, मृतकको मृत्यु स्वप्रयत्नबाट भएको होईन ।”

स्थान: मिति: साल महिना गते

साक्षी र चिकित्सकको पहिचान

सही :

सही :

पूरा नाम :

योग्यता :

.....

दर्ता नं. :

ठेगाना :

ठेगाना :

अस्पतालको छाप :



लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 4E

CERTIFICATE OF HOSPITAL TREATMENT

Full Name of Deceased :

In connection with claim under **Policy No.**

Deceased's Father's Name :

Deceased's Grandfather's Name :

Deceased's Spouse Name :

- What was the full name, age, address and occupation of the patient as per hospital records ?
 Name :
 Age :
 Address :
 Occupation :
 Identification Marks :
- What was the date of his admission into the hospital ?
 Please state his indoor Admission No.
- Under whose treatment was the patient before he was admitted into the hospital ? If the patient had brought a letter or a note from any doctor at the time of admission kindly furnish us with a certified copy thereof
- At the time of admission what was :
 a) the nature of his complaint :

 b) the duration of the complaint as reported by him ? :

- What was the exact history reported by the patient at the time of admission ? (Full history including the dates, duration of the ailments, the symptoms narrated etc. to be given) :

- a) Was the history reported by the patient himself / herself ?
 b) If not, by whom ? (Name and relationship of the person who reported) was the patient present at that time and was he / she conscious ?

 c) Who recorded the history in the case sheet ?
 d) Whether the Doctor who recorded the history is still in your service. If not, please state his / her full address

- What was the diagnosis arrived at in the hospital ?

- Was there any other disease or illness preceded or co-existed with the ailment at the time of his / her admission into the hospital ? If so, what was it ? Please give the history of such disease or illness stating :
 a) Date when such was first observed by patient :
 b) By whom treated :
 c) By whom the history was reported ? (If not by the patient himself / herself, please indicate if it was in his / her presence and to his / her knowledge) :

 d) Who recorded this history ? (If the doctor is not with the hospital at present, please give his / her present address) :

- What was the date of his / her discharge from hospital ?
- What was his / her condition when he / she was discharged ?
- Was he / she treated in the hospital on any previous occasion either as an in patient or an out patient, if so please state :
 a) Date of 1st admission or first time treatment as an out patient :
 b) Date of discharge & condition on discharge :
 c) Nature of ailment :
 d) History reported at the time of admission :

Certified that the above information is correct as per records of the hospital.

Date	Signature
Hospital's Name	Medical Attendant's Name
.....	Qualification & Designation
Postal Address	Regd. No.

(State here the Code No. if you are an Authorized Medical Examiner of the Company.)



लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 4N

अस्पताल उपचारको प्रमाण-पत्र

बीमालेख नं. को दावी सम्बन्धमा ।

मृतकको पूरा नाम :

मृतकको बुबाको नाम :

मृतकको बाजेको नाम :

मृतकको पति/पत्नीको नाम :

१. अस्पतालको अभिलेख अनुसार बिरामीको :

नाम :

उमेर :

ठेगाना :

पेशा :

पहिचान चिन्हहरु :

२. रोगी अस्पताल भर्ना भएको मिति तथा बिरामी दर्ता नं. के थियो ?

३. अस्पताल भर्ना हुनु पूर्व रोगी कुन डा. अन्तर्गत उपचारार्थ थियो ? यदि भर्ना हुँदा कुनै अन्य डा. को पत्र अथवा नोट लेखि ल्याएको भए सो को प्रतिलिपी उपलब्ध गराउनु होस् ।

४. भर्ना गर्दाको समयमा :

क. रोगको प्रकृति :

ख. रोगीले भने अनुसार रोगको अवधि :

५. भर्ना हुँदाको समयमा बिरामीले बताएको रोगको बिस्तृत विवरण दिनुहोस् ? (मिति, अवधि, लक्षणहरुको पूरा जानकारी उपलब्ध गराउनु होस् ।)

६. क) के रोगको बारेमा स्वयं रोगीले नै भनेको थियो ?

ख) यदि होइन भने, कसले जानकारी दिएको थियो ? (जानकारी दिने व्यक्तिको नाम र सम्बन्ध खुलाउनुहोस्) के सो समयमा के रोगी पूर्ण होसमा उपस्थित थियो ?

ग) भर्ना फाराममा रोगको बारेमा कसले भरेको हो ?

घ) के रोगको बारेमा लेख्ने डा. अद्यावधिक सेवारत छ ? छैन भने हालको पूरा ठेगाना बताउनु होस् ?

७. अस्पतालमा कुन रोग पत्ता लागेको थियो ?

८. अस्पतालमा भर्ना हुँदा अन्य कुनै बिमारी वा केहि रोग संक्रमित हुने अवस्थामा थियो ? भए, के थियो ? कृपया, सो को बारेमा निम्नानुसार बिस्तृत जानकारी दिनुहोस् ।

क) बिरामीले पहिलो पटक रोगको बारेमा थाहा पाएको मिति

ख) कोद्वारा उपचार गराइएको थियो ?

ग) रोगको इतिहास कसले भनेको थियो ? यदि रोगीले होइन भने, रोगीकै बारे जानकारी भएको एवं रोगी कै अगाडी कसले भनेको थियो ?

घ) यो रोगीको इतिहास कसले भरेको हो ? यदि यस समय डा. अस्पतालमा नभए निजको वर्तमानको ठेगाना दिनुहोस् ।

९. अस्पतालबाट कुन मितिमा डिस्चार्ज भएको हो ?

१०. डिस्चार्ज हुँदा बिरामीको स्वास्थ्य स्थिति कस्तो थियो ?

११. अन्य कुनै समयमा अस्पतालमा अन्तरङ्ग वा बहिरङ्ग रोगीको रूपमा उपचार गरेको थियो ? यदि थियो, भने निम्न जानकारी दिनुहोस् ।

- क) बहिरंग बिरामीको रूपमा पहिलो उपचार गराएको मिति :
- ख) अस्पताल डिस्चार्ज मिति र अवस्था :
- ग) रोगको प्रकृती :
- घ) भर्ना गर्दाको समयमा बताएको रोगको बृतान्त :

उपरोक्तानुसार दिइएको जानकारी अस्पतालको अभिलेखानुसार सहि छ ।

मिति :	सही :
अस्पतालको नाम :	चिकित्सकको नाम :
ठेगाना :	योग्यता र पद :
	दर्ता नं. :
	अस्पतालको छाप :

यदि तपाईं कम्पनीको अधिकार प्राप्त चिकित्सा परिक्षक भए कोड नं. लेख्नुहोस् ।



लाइफ इन्स्युरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 5

अस्पताल उपचार तथा अन्तिम उपचारमा संलग्न चिकित्सकको प्रतिवेदन फारम नभएको अवस्थामा पेश गर्नु पर्ने तथ्य पत्र

..... जिल्ला गा.वि.स./न.पा. वार्ड नं. बस्ने वर्ष को
(उमेर)

म (उद्घोषण गर्ने व्यक्तिको नाम) को छोरा/छोरी
(उद्घोषण गर्ने व्यक्तिको बुबाको नाम)

तल उल्लेखित व्यहोरा ठिक/साँचो हो भनी विनम्र अनुरोध गर्दछु ।

१. एल.आई.सी. (नेपाल) लि. मा बीमालेख नं. भएको
..... वर्षको उमेरमा मृत्यु भएको साँचो हो ।
(मृतकको पूरा नाम, पद तथा मृत्यु हुँदाको उमेर प्रस्टसंग लेख्ने)

२. माथि उल्लेखित बीमितको मृत्यु
(मृत्यु भएको ठेगाना)
मिति भएको हो ।
(कृपया मृत्युको मिति ईस्वी सम्बत्मा तथा समय उल्लेख गर्नुहोस्)

३. म उक्त व्यक्तिलाई राम्ररी चिन्दछु र म निजको दाबीमा स्वार्थ भएको व्यक्ति तथा इच्छाएको व्यक्तिमा आश्रित व्यक्ति होइन र अभिकर्ता पनि होइन साथै मैले
अन्य कुनै दावी फारम भरेको वा बुझाएको पनि छैन ।

४. निजको मृत्युको कारण भएको तर चिकित्सकबाट मृत्यु प्रमाण पत्र नहुनुको कारण यस प्रकार छन् :
क)
ख)

५. म निजको मृत्यु हुँदा स्वयं उपस्थित थिए र / अथवा मैले निजको मृत शरीर देखेको छु (नमिल्ने वाक्यांश काटिदिनु होला) ।

६. माथि उल्लेखित विवरणहरु मेरो जानकारीमा रहे अनुसार ठिक साँचो हो भनी सहिछाप गर्दछु ।

साक्षीको :

उद्घोषण गर्नेको :

सहि :

सहि :

नाम :

नाम :

मिति :

मिति :

पुनश्च: अस्पताल उपचार तथा अन्तिम उपचारमा संलग्न चिकित्सकको प्रतिवेदन फारम नभएको अवस्थामा यो वक पत्र (Certificate of Identity and cremation or Burial नभएको व्यक्ति) मृतक व्यक्तिलाई राम्ररी चिन्ने र निजको दावीमा स्वार्थ नभएको व्यक्ति तथा इच्छाएको व्यक्तिमा आश्रित नभएको व्यक्ति साथै अन्य कुनै दावी फारम नभएको तथा बीमितको मृत्यु हुँदा स्वयं उपस्थित भएको वा मृत शरीर देखेको व्यक्तिबाट भराई पेश गर्नु पर्नेछ ।

साक्षी बस्न सक्ने व्यक्ति : (१) माननीय न्यायाधिश (२) स्थानीय सरकारी विद्यालयको प्रधानाध्यापक (३) नोटरी पब्लिक अथवा (४) एल.आई.सी. नेपालको शाखा प्रमुख र अधिकृत ।



लाइफ इन्स्युरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 6

कार्यालयको तर्फबाट प्रमाण-पत्र

जीवन बीमालेख नं. अन्तर्गत बीमित स्व. को मृत्यु दाबीको लागि निम्न लिखित दाबी सम्बन्धी तथ्य विवरण पेश गरेका छौं ।

१. क) मृतकको पूरा नाम :
 ख) मृतकको बुबाको नाम :
 ग) मृतकको बाजेको नाम :
 घ) मृतकको पतिको नाम :
 ङ) मृतकको पूरा ठेगाना :
 च) दर्जा र कामको प्रकृति :
 छ) भर्ना मिति :
२. क) कार्यालयमा पूरा समय सक्रियताका साथ काम गरेको अन्तिम मिति :
 ख) मृत्यु भन्दा अघि तुरुन्त गैर हाजिर हुनुपर्ने गरि मृतकले कुन मितिमा पहिलो पटक बिरामीको शिकायत गरेका थिए ?

 ग) बिरामीको लक्षणहरू के के थियो ? :
 घ) मृत्यु भएको मिति :
 ङ) मृतकको मृत्युको सूचना तपाईंलाई कस्ले दियो ?
 च) मृत्युको समय मृतकको मोटामोटी उमेर
३. कार्यालयमा गैर हाजिर भएको मिति
 कार्यालयमा बिदा लिएको मिति देखि सम्म
 बिदाको प्रकृति आकस्मिक/आर्जित/अस्वस्थता
 अस्वस्थताको कारणबाट बिदा लिएको हो भने चिकित्सकको प्रमाण-पत्र पेश गरिएको थियो वा थिएन ? यदि थियो भने बिदाको निवेदन तथा प्रमाण-पत्र संलग्न गर्नुहोस् ।
 कृपया बिदाको प्रकृति खुलाउनुहोस् । (भैपरी आउने बिदा, बिरामी बिदा, (विशेष) आर्जित बिदा आदि ।) मृतकको बीमा प्रारम्भ मितिभन्दा तीन वर्ष अगाडीको अवधिको हाजिरी रेकर्ड भर्नुहोस् ।

	पहिलो वर्ष	दोस्रो वर्ष	तेस्रो वर्ष	कैफियत
मिति				
बिदाको प्रकृति				
क्याजुल (Causal)				
संचित (PL)				
बिरामी (Sick)				

बिदा स्वास्थ्यको कारण लिएको हो भने विस्तृत विवरण बिदाको विस्तृत प्रमाणित विवरण समेत संलग्न गर्नुहोस् ।

४. के त्यस संस्थामा कर्मचारीको निम्ति चिकित्सा लाभ योजना छ ? यदि छ भने, कृपया त्यस्तो अस्वस्थता तथा उपचारको विवरण दिनुहोस् जस अन्तर्गत मिति देखि सम्मको अवधिको उपचारको खर्चको पूर्ति दिइएको थियो ।

अधिकृत

मृतकको नाम :
 मृतकको दर्जा :
 मृतकको ठेगाना :

नाम :
 दर्जा :
 ठेगाना :
 मिति :



लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लिमिटेड
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 7

दाबी फछ्यौट पूजा

लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लि. बाट मेरो नाममा जारी भएको प्रकारको बीमालेख नं. अन्तर्गत बीमा भएकोमा मिति मा अवधि भुक्तानी भएको वा समर्पण गरिएको वा कारणबाट मृत्यु भएको वा कारणबाट भएको अशक्त/अपाङ्ग भएकोले वा कारणबाट दाबी भुक्तानी वापत तपसिलमा उल्लेख भएको शिर्षक (अक्षरेपी उपलब्ध गराईएमा बीमकलाई यस बीमालेख अन्तर्गतको उल्लेखित दायित्वबाट मुक्त गरिदिन मञ्जुर गर्दछु/गर्दछौ । यसमा अन्यथा भए गरेमा यसै कागजको आधारमा बढेर गरिदिन मञ्जुर छु/छौ भनी राजीखुशी साथ यो सहि छाप गरि दिएँ/दियौ ।

तपसिल

- बीमाङ्क वापतको रकम रु. (अक्षरेपी
 - बोनश वापतको रकम (यदि दिइने भएमा) रु. (अक्षरेपी
 - पूरक करार अन्तर्गतका रकमहरू (यदि आकर्षित हुने भएमा):
 - क) दुर्घटना वापत रकम रु. (अक्षरेपी
 - ख) स्थायी पूर्ण अशक्तता वापत प्रदान गरिने मासिक आय सुविधा रकम मिति देखि सम्म एकमुष्ठ/मासिक रु. का दरले नियमित रुपमा बीमालेखको शर्त बमोजिम भुक्तानी गरिने ।
 - ग) बीमित जीवित रहेसम्मको लागि पूरक करारमा रहेको व्यवस्था बमोजिम नियमित रुपमा बीमालेख बहाल रहने गरी बीमितको तर्फबाट भुक्तानी हुनुपर्ने बीमाशुल्क स्वतः भुक्तानी भएको मान्य हुने गरी प्रति किस्ता रु. (अक्षरेपी का दरले बीमाशुल्क छुट सुविधा बीमकले प्रदान गर्ने ।
 - घ) मासिक आयको रुपमा मिति देखि सम्म प्रति महिना रु. (अक्षरेपी का दरले नियमित रुपमा भुक्तानी गरिने ।
 - ङ) अन्य (उल्लेखित दाबी रकम बाहेक पूरक करारको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानु पर्नेछ ।)
 - समर्पण मूल्य वापतको जम्मा रकम रु. (अक्षरेपी (स्पष्टिकरण: समर्पण मूल्य रकममा बोनश/मुनाफाको अंश समावेश भए नभएको स्पष्ट उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।)
 - अन्य (उल्लेखित दाबी रकम बाहेक मूल बीमालेखमा उल्लेख भएको व्यवस्थाको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानु पर्नेछ ।)
 - कूल दाबी रकम रु. (अक्षरेपी
 - प्रचलित नियम बमोजिम कट्टा गर्नुपर्ने कर रकम रु. (अक्षरेपी
 - कर कट्टा गरे पछि बीमितले पाउने खुद दाबी रकम रु. (अक्षरेपी
- ईति सम्बत् साल महिना गते रोज शुभम् ।

बीमितको तर्फबाट दाबी फछ्यौट पूजा मा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको :		बीमकको तर्फबाट दाबी फछ्यौट पूजा जारी गर्ने अधिकारीको :	
हस्ताक्षर :	औँठाको छाप		हस्ताक्षर :
नाम, थर :			नाम, थर :
ठेगाना :			पद :
फोन नं. :			मिति :
बीमित र सो व्यक्ति बीचको नाता :			कार्यालयको छाप :
मिति :			
साक्षीको :			
हस्ताक्षर :			
नाम, थर :			
ठेगाना :			
पेशा :			
कार्यालय भए सोको नाम र ठेगाना :			
फोन नं. :	दा.	बा.	
मिति :			
अख्तियारी प्राप्त व्यक्ति वा संस्थाको तर्फबाट (यदि आवश्यक भएमा):			
हस्ताक्षर :			
नाम, थर :			
पद :			
मिति :			
कार्यालयको छाप :			
फोन नं. :			

नोट: १. यस बीमालेख अन्तर्गत प्रदान गरिने रकममा कुन कारणले भुक्तानी गरिने हो सोको विवरण अनिवार्य रुपमा खुलाउनु पर्नेछ ।
२. बीमकले दाबी फछ्यौट पूजा जारी गर्ने अधिकारीको हस्ताक्षर, नाम थर, पद, मिति र कार्यालयको छाप लगायत सम्पूर्ण विवरण अनिवार्य रुपमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।