



सानिमा जनरल इन्स्योरेन्स लि.
Sanima General Insurance Ltd.

केन्द्रीय कार्यालय : सिटी एक्सप्रेस कम्प्लेक्स, कमलादी, पोष्ट बक्स नं. १६२२, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. ०१(४४२७७७०, ४४२७७७१, ४४२७७७२, ४४२७७०९, फ्याक्स: ९७७-१-४४२७७०३

Email: sanima@sanimageneral.com, Web: www.sanimageneral.com

सामुहिक/व्यक्तिगत दुर्घटनाको दावी फाराम

वीमालेख नं.

दावी नं.

यो फाराम कम्पनीको दायित्व समावेश नहुने गरी जारी गरिएको छ र फाराम प्राप्त भएको मितिले सात दिन भित्र कम्पनीमा फिर्ता बुझाईसक्नु पर्नेछ ।
पछाडि “औषधोपचार प्रमाण- पत्र” प्राप्त नभएसम्म दावीको लागी कम्पनी जिम्मेवार हुने छैन ।

१) **बीमित** पूरा नाम:

ठेगाना:

फोन नं.....

मोबाइल

२) **कर्मचारी** पूरा नाम:

घरको ठेगाना

उमेर

पेशा.....

मासिक आमदानी

(यो रकम बीमितले आफ्नो कर्मचारीलाई दुर्घटना हुनुभन्दा पूर्व मासिक रूपमा तिर्दै आएको औशत रकम हो ।)

३) (क) दुर्घटना भएको मिति र समय

(ख) दुर्घटना भएको स्थान

(ग) दुर्घटना भएको कारणको व्यहोरा

(घ) चोटपटकको किसिम

४) कुनै साक्षीको नाम र ठेगाना

५) कर्मचारीलाई जाँच्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना

६) (क) दुर्घटनाको एकल तथा प्रत्यक्ष कारणबाट

कर्मचारी पूर्णरूपले असक्षम भई कति

अवधिको लागि आफ्नो कार्य गर्न सकेन

.....

(ख) के कर्मचारी अहिले पनि अशक्त छ, यदि छ

भने कहिलेसम्ममा काममा फर्किने आशा गर्न सकिन्छ ।

.....

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/छौं कि माथि उल्लेखित कर्मचारीलाई माथि बयान गरिए बमोजिमको चोटपटक लागेको हो र मेरो/हाम्रो ज्ञानमा माथि लेखिएको व्यहोराहरु हरेक दृष्टिले साँचो छ ।

मिति:

दस्तखत: