



# 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](mailto:sanima@sanimageneral.com), Web: [www.sanimageneral.com](http://www.sanimageneral.com)

## मोटर दावी फारम

यो दावी फारम विवरण भएकोलाई दायित्व स्वीकार भएको मानिने छैन ।

१) बीमित नाम: .....

ठेगाना : ..... फोन नं. .... मोबाइल .....

बीमालेख नं. .... मिति .....

बीमा अवधि ..... देखि ..... सम्म

बीमाशुल्क भुक्तानी रसिद नं. .... मिति .....

### २) दुर्घटनाग्रस्त गाडी सम्बन्धी विवरण

गाडी नं. .... बनेको वर्ष/वनौट .....

अश्वशक्ति ..... गाडिको प्रकार .....

चालक चालकको नाम: ..... उमेर .....

कुन कुन सवारी चालाउने अनुमति प्राप्त छ, .....

सवारी चालकको अनुमति पत्र नं. र म्याद समाप्त हुने मिति .....

### ३) दुर्घटना, क्षति वा टुटफुट कसरी भएको हो विवरण दिनुहोस्

दुर्घटना मिति ..... समय ..... स्थान .....

दुर्घटना विवरण .....

.....

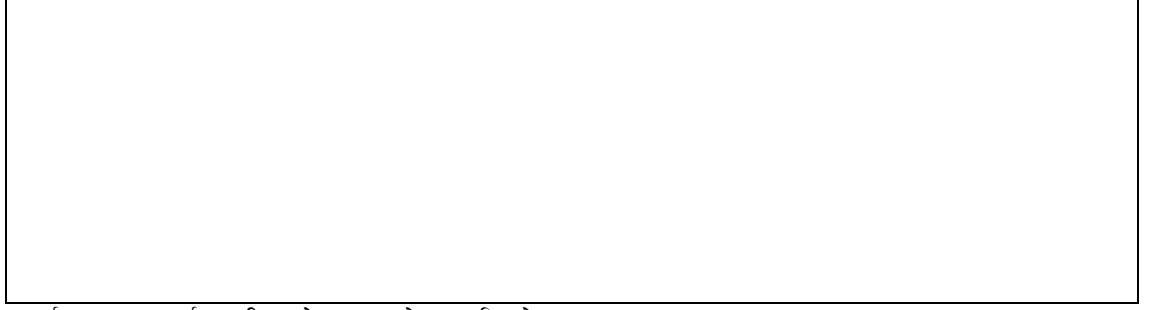
.....

.....

### चोरीको सन्दर्भमा

.....

### दुर्घटना स्थल नक्सा



साक्षी

दुर्घटनाका सम्पूर्ण साक्षीहरूको नाम र ठेगाना दिनुहोस्

गाडीमा भएको यात्रुहरूको नाम.....

स्वतन्त्र साक्षीहरूको नाम .....

प्रहरी प्रतिवेदन : प. सं. .... मिति .....

४) तेस्रो पार्टी/पक्ष वा व्यक्ति वा सम्पत्ति माथि भएको क्षति वा चोटपटकबारे विवरण

नाम: .....

ठेगाना .....

क्षति विवरण .....

५) चालक वा बीमा गरेको गाडीमा सबै यात्रुहरूको वा तेस्रो पक्षमा भएको चोटपटकबारे विवरण

.....

६) बीमा गरेको गाडीमा भएको क्षतिबारे विवरण

क्षतिबारे पूर्ण विवरण .....

मर्मत गर्न लाग्ने अनुमानित खर्च .....

क्षतिग्रस्त गाडी निरीक्षण गर्न सकिने स्थान .....

सम्पर्क व्यक्ति: नाम .....

फोन नं. .... मोबाइल नं. ....

माथि उल्लेखित नामको म / हामी मैले/ हामीले प्रत्येक दृष्टिकोणबाट जाने बुझेसम्मका सबै साँचो विवरणहरू दिएको छु / छौं । यदि मैले / हामीले कम्पनीलाई दुर्घटना सम्बन्धी घोषणा गर्नु पर्ने आवश्यक अन्य विवरण लुकाएको भए यो बीमालेख खारेज हुने कुरा तथा विगतमा भएको वा भविष्यमा हुनसक्ने दुर्घटना बापतको क्षतिपूर्ति नपाउने कुरा स्वीकार गर्दछु / गर्दछौं ।

मिति .....

बीमितको हस्ताक्षर .....

संस्थागत छाप: