

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय : काठमाण्डौ ।
 फोन नं.: फ्याक्स: इमेल

कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमा दाबी फाराम / निवेदन

बीमालेख नं, दाबी नं.

यो फाराम दाबीकर्ताले पूर्ण रूपमा भरेर कम्पनीमा बुझाउनु पर्नेछ । साथै संलग्न बमोजिमको कोरोना भाइरस (COVID-19) रोगको डाक्टरबाट PCR (Polymerase Chain Reaction) परिक्षण (Test) पुष्टी भएको रिपोर्ट साथै बीमालेखमा उल्लेख भए अनुसारका कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ ।

१. दाबीकर्ताको विवरण :

पुरा नाम थर	लिङ्ग	उमेर	बीमा रकम	कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय

२. उपचार गरेको भए उपचारमा संलग्न चिकित्सक / प्राविधिक र अस्पतालको विवरण :

चिकित्सक / स्वास्थ्य कार्यकर्ताको पुरा नाम थर	टेलिफोन/मोबाइल नं.	अस्पतालको नाम ठेगाना	कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय

म/हामी/ घोषणा गर्दछु/गर्दछौ कि माथि उल्लेख भए बमोजिमको रोग लागेको हो र माथिको सम्पूर्ण विवरण साच्चो छ । यदि मैले हामीले कुनै गलत / भुठ विवरण दिएको भए वा कुनै सत्य तथ्य लुकाएको भए वा अन्य कुनै कम्पनीमा दोहोरो बीमा गराएको भए यो बीमालेख खारेज हुने कुरा तथा विगतमा भएका वा भविष्यमा हुन सक्ने रोग बापतको क्षतिपूर्ति नपाउने कुरा स्वीकार गर्दछु / गर्दछौ ।

दाबीकर्ता/हकवालाको नाम :	संस्था भएमा
सहि :	संस्थाको नाम :
मिति :	संस्थाको छाप :
	आधिकारिक दस्तखत:
	मिति :

नोट :
 दाबी फारामका साथ सम्बन्धित कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको भन्ने प्रतिवेदनको सक्कल तथा प्रतिलिपि संलग्न कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ ।

- संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू :**
- बीमालेखका कागजातहरू (दाबी फाराम निवेदन सहित),
 - कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग पुष्टि भएको प्रमाण ।

* * * * *