

SuryaJyoti Life Insurance Company Limited

Head Office - Shanta Plaza, Gyaneshwor, Kathmandu Nepal

Tel 4545947/48/50, P.O. Box No. 19433, Email: info@suryajyoti.com

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY INSURED (बीमितले भर्नुपर्ने)

1. Policy No. (विमालेख नं.) 2. Name & address of Insured (बीमितको नाम, थर र ठेगाना).....
3. Date of Accident (दुर्घटना भएको मिति) or Date of Sickness (विरामी भएको मिति)
4. Place of Accident (दुर्घटना भएको ठाउँ)
5. Nature of Disability (अशक्तताको प्रकृति)
6. Medical History of Disability (अशक्तता सम्बन्धि चिकित्सकिय विवरण)
7. Have you ever has same or similar condition previously? No थिएन (के तपाईंको यस अघि यस्तो वा यससँग मिल्दो जुल्दो अवस्था भएको थियो?) Yes थियो Date (विरामी भएको मिति)
8. Name and address of attending physician/hospital (उपचारमा संलग्न चिकित्सक/अस्पतालको नाम, ठेगाना)
१. २.
३. ४.

Authorization (अधिकार प्रदान)

"The undersigned hereby authorizes all physicians, hospitals, clinics, Pharmacists, Laboratories, Employers, Insurance Companies, other Companies, Institutions or any other persons who have any records or information about me to provide Jyoti Life Insurance Company any and all information with respect to my health and medical history, consultations, medical prescription, treatments or complete copy of my hospital medical record. A photographic copy of this authorization shall be as valid as the original". I also authorize the company to deposit the payable claim amount in my below mentioned bank account.

मैले, म र मेरो स्वास्थ्य/उपचारसंग सम्बन्धित कुनैपनि जानकारी वा अभिलेख भएका सम्पूर्ण चिकित्सकहरू, अस्पतालहरू, औषधालयहरू, औषधि वितरकहरू, प्रयोगशालाहरू, रोजगारदाताहरू, बीमा कम्पनीहरू, अन्य संस्थाहरू वा अरु कुनै व्यक्तिलाई ज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई उक्त जानकारी तथा अभिलेख उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु।

भुक्तानी हुने दाबी रकम मेरो तल उल्लेखित बैंक खातामा जम्मा गर्न ज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई अधिकार प्रदान गर्दछु।

Insured's Signature (बीमितको हस्ताक्षर) Date (मिति) Contact No. (सम्पर्क नं.)

Witness Signature (साक्षीको हस्ताक्षर) Date (मिति) Contact No. (सम्पर्क नं.)

- Please submit treatment related documents along with this form. कृपया उपचारसंग सम्बन्धित कागजातहरू यो फारमसंग पेश गर्नु होला।

