



# SuryaJyoti

जीवनको लागि

सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प्रधान कार्यालय - शान्ता प्लाजा, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल  
कम्पनी ऐन २०६३ अन्तर्गत स्थापित तथा नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट इजाजतपत्र प्राप्त  
फोन नं. ४५४५९४७/४८/५०, पो.ब.नं. १९४३३, ईमेल info@suryajyoti.com

CL 1: Death Claim Form  
(To be filled by Claimant)

## दाबीकर्ताले भर्नु पर्ने मृत्यु दाबी फारम

बीमालेख नं. ....

### १. बीमितको विवरण

क) मृतकको नाम ..... ख) उमेर ..... वर्ष ग) लिंग  पुरुष  महिला

घ) जन्म मिति ..... ङ) जन्म मितिको प्रमाण ..... च) जन्म स्थान .....

छ) मृतकको ठेगाना ..... ज) मृतकको बाबुको नाम .....

झ) पेशा ..... ञ) रोजगारदाता ..... ट) रोजगारदाता/व्यवसायको ठेगाना .....

ठ) फोन नं .....

### २. मृत्यु बारे जानकारी

क) मृत्यु भएको मिति ..... समय ..... स्थान .....

ख) मृत्युको कारण ..... दाहसंस्कार गरिएको स्थान .....

माथि उल्लेखित कारणसँग सम्बन्धित विवरण दिनहोस ।

### क) बिरामीको कारणले

रोगको नाम ..... उक्त रोगको लक्षण के थियो ? .....

उक्त रोगको लागि पहिलो पटक चिकित्सकिय परामर्श लिइएको मिति उल्लेख गर्नुहोस ..... चिकित्सकको नाम .....

अस्पताल ..... ठेगाना .....

अन्तिम बीमारी तथा सो भन्दा ३ वर्ष पहिले सम्मको चिकित्सकिय सल्लाह सम्बन्धी विवरण

चिकित्सकको नाम	ठेगाना	मिति	कारण
१. ....	.....	.....	.....
२. ....	.....	.....	.....
३. ....	.....	.....	.....

### ख) दुर्घटनाको कारणले आत्महत्याको कारणले

घटना कसरी भएको हो ? .....

घटनाको मिति ..... समय ..... स्थान .....

के घटनाको जानकारी प्रहरीलाई गराइएको थियो ? थियो  थिएन

यदि थियो भने प्रहरी कार्यालयको नाम ..... ठेगाना .....

### ग) कारण थाहा नभएको

मृत्यु अगाडीको लक्षणहरु उल्लेख गर्नुहोस .....

मृत्युको सम्भावित कारण के हुनसक्छ ? .....

के घटनाको जानकारी प्रहरीलाई गराइएको थियो ? थियो  थिएन

यदि थियो भने प्रहरी कार्यालयको नाम ..... ठेगाना .....

३. अन्य बीमा तथा पारिवारिक चिकित्सक सम्बन्धी जानकारी

कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा प्रारम्भ मिति	बीमाङ्क रकम
परिवारिक चिकित्सकको नाम	परामर्श लिएको मिति	परामर्शको कारण	निरुपण (Diagnosis)

४. दावीकर्ताको विवरण

क) नाम ..... ख) ठेगाना .....

ग) नागरिकता नं. .... घ) सम्पर्क नं. ....

ड) बीमित सँगको नाता ..... च) दावीकर्ताको हैसियत  ईच्छाईएको व्यक्ति  बीमालेख मालिक  नजिकको हकवाला

**उद्घोषण**

म दावीकर्ता.....ले उल्लेख गरेको उपरोक्त प्रश्नहरूको उत्तर सत्य तथा पूर्ण छन् । Insurance fraud गरि दावी भुक्तानी लिने नियतले भ्रुठा विवरण उल्लेख गरेको वा कुनै तथ्यहरू दबाए छिपाएको छैन । भ्रुठा कुरा उल्लेख गरि दावी भुक्तानी लिएको ठहरे ऐन बमोजिम सहूला बुभाउंला । साथै म दावीकर्ता.....सूर्यज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडलाई बीमितले यस कम्पनीमा बीमा गर्नु पूर्व वा बीमा गरि सके पश्चात कुनै चिकित्सक वा अस्पतालमा उपचार गरे गराएको भए निजको उपचार सम्बन्धी सम्पूर्ण जानकारी कागज, प्रमाण, प्रतिलिपि उपचार गर्ने चिकित्सक वा अस्पतालबाट माग गर्न, प्राप्त गर्न तथा उपचार गर्ने चिकित्सक वा अस्पताललाई बीमितको उपचार सम्बन्धी सूचना, जानकारी, कागज प्रमाण प्रतिलिपी समेत बीमकलाई प्रदान गर्न म स्वविवेकले पूर्ण अख्तियारी प्रदान गर्दछु र कानून वा रीति रिवाजको आधार लिई कुनै उजुर गर्ने छैन भनी म सच्चा हृदयले उद्घोषण गर्दछु ।

औंठा छाप	
दा	बा

साक्षीको हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पेशा : .....

ठेगाना : .....

दावीकर्ताको हस्ताक्षर : .....

नाम थर : .....

पेशा : .....

इति सम्बत.....साल .....महिना.....गते रोज.....शुभम्.....