

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY INSURED (बीमितले भर्नुपर्ने)

1. Policy No. (बीमालेख नं.)	2. Name & address of Insured (बीमितको नाम, ठेगाना)	CN No. क्र.सं.....
3. Date of Accident (दुर्घटना भएको मिति)	Place of Accident (दुर्घटना भएको ठाँउ)	
4. Nature and Description of Injury (घाउ चोटको प्रकृति र विवरण)		
5. Name and address of Hospital where you received treatment. (उपचार गराएको अस्पतालको नाम तथा ठेगाना)		
6. Have you ever has same or similar condition previously? <input type="checkbox"/> No थिएन (के तपाईंको यस अधियस्तो वा यससँग मिल्दो जुन्दो अवस्था भएको थियो?) <input type="checkbox"/> Yes थियो Date (उपचार गराएको मिति)		
7. Total Claim Amount.....		

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 SuryaJyoti 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, औपचार्यहरू, अधिकारीहरू, रोजगारदाताहरू, बीमा कम्पनीहरू, अन्य संस्थाहरू वा अरु कुनै व्यक्तिलाई सूचिज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई उक्त जानकारी तथा अभिलेख उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु ।

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

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

Bank Name (बैंकको नाम)	Branch (शाखा)	Account No. (खाता नं.)
---------------------------------	------------------------	---------------------------------

- Please submit treatment related documents and original bills along with this form.
कृपया उपचारसंग सम्बन्धित कागजात तथा सक्कल बीलहरू यो फारमसंग पेश गर्नु होला ।
- Please submit the physician's statement overleaf if you do not have detailed prescriptions and treatment related papers from the doctor/hospital.
पर्याप्त उपचारका कागजातहरू (प्रेस्क्रिप्शन, एक्स रे तथा ल्याब रिपोर्ट आदि) पेश हुन आएमा चिकित्सकको बयान फारम भर्न आवश्यक हुनेछैन ।

EMPLOYER'S STATEMENT (रोजगारदाताले भर्नुपर्ने)

1. Name and Address of Insured's Employer बीमितको रोजगारदाताको नाम र ठेगाना
2. Full Name of the Insured बीमितको पूरा नाम
3. When was Insured compelled to give up his duties? (Exact Date) दुर्घटना पछि बीमितले कहिले देखि आफ्नो कार्य छोड्न बाध्य हुनुभयो? (मिति खुलाउनुहोस्)
4. When did Insured return to work? (Exact Date) बीमितले कहिले देखि आफ्नो काममा फर्क्नु भयो? (मिति खुलाउनुहोस्)
5. Was Insured's Injury the sole cause of his absence from duty for all of the above period? If not, give particulars के बीमित चोटपटकको कारणले गर्दा नै मार्थि उल्लेखित समयको लागि काममा उपस्थित हुन नसकेको हो? होइन भने विवरण खुलाउनुहोस्

SIGNATURE (हस्ताक्षर)

NAME (नाम)

DESIGNATION (पद)

DATE (मिति)

COMPANY STAMP (कार्यालयको छाप)