



लिबर्टी माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

दर्ता नं. ३०४६८६/०७९/०८०, स्थायी लेखा नं.: ६९०४२२८८३

ठेगाना : न्युरोड-८, पोखरा, नेपाल, फोन नं ०६१-५९१०९७/९८

बीमालेख नं.:

दाबी फारम

भाग १. दाबी कर्ताको वयान

१. बीमितको विवरण

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

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

छ) वासस्थान..... ज) पेशा..... झ) रोजगारदाता.....

ञ) रोजगारदाताको ठेगाना..... फोन नं.....

२. मृत्यु बारे जानकारी

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

(ख) मृत्युको कारण..... दाहसंस्कार / दफन गरिएको स्थान.....

माथि उल्लेखित कारणसंग सम्बन्धित विवरण दिनुहोस।

बिरामी को कारण	दुर्घटनाको कारणले	आत्महत्याको कारणले	कारण थाहा नभएको
रोगको नाम..... उक्त रोगको लक्षण के थियो ? कृपया, उक्त रोगको लागि पहिलो पटक चिकित्सकिय परामर्श लीईएको मिति उल्लेख गर्नुहोस। मिति..... चिकित्सकको नाम..... अस्पताल..... ठेगाना..... अन्तिम बिमारी तथा सो भन्दा ३ वर्ष पहिले सम्मको चिकित्सकिय सल्लाह सम्बन्धी विवरण। चिकित्सकको नाम ठेगाना मिति कारण १..... २..... ३.....	घटना कसरि भएको हो ? घटना भएको मिति..... समय..... घटना भएको स्थान..... गा.वि.स. / न.पा..... जिल्ला.....देश..... के घटनाको जानकारी प्रहरीलाई गराईएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन यदि थियो भनि उक्त प्रहरी करालायाको नाम..... ठेगाना.....	मृत्यु आगाडीको लक्षणहरु उल्लेख गर्नुहोस। मृत्यु को सम्भावित कारण के हुनसक्छ ? के उक्त घटनाकोबारे प्रहरीलाई जानकारी गराईएको थियो? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन यदि थियो भनि उक्त प्रहरी करालायाको नाम..... ठेगाना.....	

३. अन्य बिमा तथा पारिवारिक चिकित्सक सम्बन्धी जानकारी

कम्पनि को नाम	बिमालेख नं	बिमा लागू मिति	बीमा रकम
.....
पारिवारिक चिकित्सकको नाम	परामर्श लियेको मिति	परामर्शको कारण	निरुपण (Diagnosis)
.....

४. दाबीकर्ताको विवरण

बीमित संगको नाता..... दाबीकर्ताको हैसियत ईच्छाईएको व्यक्ति बीमालेख मालिक अन्य.....

दाबीकर्ताको नाम..... परिचय पत्र (नागरिकता/ राहदानी / अन्य.....) नं.....

पेशा..... हालको ठेगाना..... सम्पर्क नं.....

स्थायी ठेगाना.....

बैंक खाता नं..... बैंकको नाम.....

बीमालेख कसको अधिपत्यमा छ ?.....

घोषणा तथा अधिकार प्रदान

क. तलको हस्ताक्षरकर्ताले उल्लेखित बीमाको हकदावी गर्छ तथा बीमितको उपचारमा संलग्न सबै चिकित्सकहरुको लिखित क्यानर प्रतिज्ञापत्र (Affidavits) तथा यस बीमा दावी सम्बन्धमा माग गरिएका सबै कागजपत्रहरु मृत्युका प्रमाणहरु हुन् भन्ने कुरा मञ्जुर गर्दछ र यो पनि मञ्जुर गर्दछ कि कम्पनीद्वारा म वा यसको अतिरिक्त फारमहरु उपलब्ध गराएको आधारमा सम्बन्धित जीवनको बीमा प्रभावी थियो भन्ने कुराको अर्थ लाग्ने छैन न त कुनै हक वा प्रतिरक्षाको अधिकारको हान्नु भन्ने अर्थ लाग्ने छ। ख) तल हस्ताक्षरकर्ताले सम्पूर्ण चिकित्सकहरु, अस्पतालहरु, औषधालयहरु, औषधी वितरकहरु, प्रयोगशालाहरु, रोजगार दाता तथा कुनै अन्य संस्था वा अरु कुनै व्यक्तिलाई मृतक संग सम्बन्धित कुनै वा सम्पूर्ण जानकारी जुन उपचार सम्बन्धि वृत्तान्त, परामर्श, सिफारिस संग सम्बन्धित हुन्छ, लिबर्टी माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई जानकारी गराउन सक्ने अधिकार प्रदान गर्दछ। यस अधिकार प्रदानको कुनै पनि प्रतिलिपि लाई वास्तविक प्रति सरह मानिने छ।

१. मलाई थाहा छ की वैयक्तिक गोपनीयता सम्बन्धी ऐन, २०७५ अन्तर्गत लिबर्टी माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई बीमा दाबीको सिलसिलामा मेरो/हामीहरु तथा मृतकको वैयक्तिक सूचना, तथ्यांक र संवेदनशील सूचनाहरुका साथै मेरो व्यक्तिगत परिचयपत्र, स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणहरु (यस पछि वैयक्तिक सूचना भनिएको) संकलन, भण्डारण, संरक्षण, विश्लेषण र प्रशोधन गर्न अधिकार रहेको छ।

२. म मेरो वैयक्तिक सूचना देश भित्र डिजिटल तरिकाबाट सुरक्षित सभरमा क्लाउडवेसमा सुरक्षित राख्ने र आवश्यकता अनुसार अन्तर सीमा डाटा स्थानान्तरण गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु।

३. लिबर्टी माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडले दावी फर्छ्यौट तथा दावी छानविन लगायत व्यवसायिक सिलसिलामा वैयक्तिक सूचना खुलासा गरेमा वा अरु कसैलाई दिएमा पनि मेरो मञ्जुरी रहेको छ।

४. मलाई गोपनीयता नीति सम्बन्धी कुनै थप जानकारी आवश्यक परेमा लिबर्टी माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड तथा यसका शाखा, उपशाखा कार्यालयहरुमा सम्पर्क गर्नेछु।

दाबीकर्ताको हस्ताक्षर..... मिति.....

भाग २. साक्षी (नोटरी पब्लिक / राजपत्राङ्कित अधिकृत / गा.पा. अध्यक्ष वा सचिव / न.पा. वडा अध्यक्ष वा सचिव / मा. विद्यालयको प्रधानाध्यापक / बैंक मैनेजरबाट साक्षीमा हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्ने छ)

मैले जाने बुझ्नेसम्म माथि उल्लेखित विवरणहरू सत्य रहेको र कुनै पनि व्यहोरा गलत नभएको घोषणा गर्दछु ।

साक्षीको हस्ताक्षर:

साक्षीको नाम, थर:

पद:

मिति:

कार्यालयको नाम:

ठेगाना:

कार्यालयको छाप