



केन्द्रीय कार्यालय : सिटी एक्सप्रेस कम्प्लेक्स, कमलादी, पोष्ट बक्स नं. १६२२, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. ०१(४४२)७७०, ४४२७७७, ४४२७७३, ४४२७०१, फ्याक्स: ९७७-१-४४२७०२
Email: sanima@sanimageneral.com, Web: www.sanimageneral.com

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

बीमालेख नं.

दाबी नं.

यो फाराम दावीकर्ताले पुर्ण रुपमा भरेर कम्पनीमा बूझाउनु पर्नेछ । साथै संलग्न बमोजिमको कोरोना भाइरस (COVID-19) रोगको डाक्टरबाट PCR (Polymerase Chain Reaction) परिक्षण (Test) पुष्टी भएको रिपोर्ट साथै वीमालेखमा उल्लेख भए अनुसारका कागजातहरु पेश गर्नु पर्नेछ ।

१. दाबीकर्ताको विवरण :

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

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

चिकित्सक र 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 लागेका हो र माथिको सम्पूर्ण विवरण साँचो छ । यदि मैले/ हामीले कुनै गलत/ भुठु 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 क्षतिपति नपाउने कुरा स्वीकार गर्दछु/ गर्दछौ ।

दावीकर्ता / हकवालाको

नाम :

सहि :

मिति :

संस्था भएमा

संस्थाको नाम :

संस्थाको छाप :

आधिकारिक दस्तखत :

मिति :

नोट :

दावी फारामका साथ सम्बन्धित कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेका भन्ने प्रतिवेदनको सक्कल तथा प्रतिलिपि संलग्न कागजातहरु पेश गर्न पर्नेछ ।

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरु :

१. बीमालेखका कागजातहरु (दावी फाराम निवेदन सहित) ,
२. कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग पुष्टि भएको प्रमाण ।
३. परिचय खुल्ने कागजात
४. हकवाला भए नाता प्रमाणित कागजात