

सामुहिक / व्यक्तिगत दुर्घटनाको दावी फाराम

बीमालेख नं..... दावी नं.....

यो फाराम कम्पनीको दायित्व समावेश नहुने गरी जारी गरिएको छ र फाराम प्राप्त भएको मितिले सात दिन भित्र कम्पनीमा फिर्ता बुझाईसक्नु पर्नेछ ।

१ बीमित पूरा नाम:.....

ठेगाना:..... फोन नं:..... मोबाइल:.....

२ घाइते/ मृतक पूरा नाम:.....

घरको ठेगाना:.....

उमेर..... पेशा.....

३ (क) दुर्घटना भएको मिति र समय.....

(ख) दुर्घटना भएको स्थान

(ग) दुर्घटना भएको कारणको व्यहोरा.....

(घ)चोटपटकको किसिम.....

४ कुनै साक्षीको नाम र ठेगाना

५ कर्मचारी/विद्यार्थी/व्यक्ति लाई जाँच्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना

६ (क) दुर्घटनाको एकल तथा प्रत्यक्ष कारणबाट कर्मचारी/विद्यार्थी/व्यक्ति पूर्णरूपले असक्षमभई कति अवधिको लागि आफ्नो कार्य गर्न सकेन

(ख) के घाइते अहिले पनि अशक्त छ, यदि छ भने कहिलेसम्ममा काममा फर्किनेआशा गर्न किन्छ ।

म / हामी यो उद्घोष गर्दछु / छौं कि माथि उल्लेखित मृतक/ घाइतेलाई माथि बयान गरिए बमोजिमको चोटपटक लागेको हो र मेरो / हाम्रो ज्ञानमा माथि लेखिएको व्यहारेहरू हरेक दृष्टिले साँचो छ ।

मिति दस्तखत..... कार्यालयको छाप.....