

श्रीमान् प्रवन्धकज्यू  
लाइफ इन्स्योरेन्स कंपनी रिशन (नेपाल) लि.  
काठमाण्डौ।

मिति: .....

मार्फत् : शाखा कार्यालय/..... ।

विषय : बिमालेख नं. .... को मृत्यु दाबी भुक्तानी सम्बन्धमा ।

महोदय,  
उपरोक्त सम्बन्धमा, त्यस कम्पनीका बीमित/प्रस्तावक ..... , मेरो ..... को  
(बीमित/प्रस्तावकको नाम) (नाता)  
मिति ..... गतेका दिन .....  
..... को  
(मृत्युको कारण)

कारणले स्वर्गारोहण भएको हुनाले निजले इच्छाएको व्यक्ति/हकवाला म ..... लाई मृत्यु दाबी  
(दाबीकर्ता)  
भुक्तानी उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध गर्दछु । साथै मृत्यु दर्ताको प्रमाणपत्र तथा तल उल्लेखित आवश्यक कागजातहरु यसै साथ संलग्न गरेको/गरेकी  
छु ।

भवदीय,

हस्ताक्षर .....  
नाम .....  
ठेगाना .....  
फोन नं. .....

संलग्न कागजातहरु :

१. अन्तिम बीमाशुल्क भुक्तानी गरेको रसिद
२. दाबीकर्ताको बयान (दाबीकर्ताद्वारा भरिने फाराम)
३. चिकित्सकको प्रमाण-पत्र
४. अस्पताल उपचारको प्रमाण-पत्र (उपचारको कागजात सहित)
५. वकपत्र
६. कार्यालयको तर्फबाट प्रमाण-पत्र (बिदाको विवरण सहित)
७. दाबी फछ्यौट पूर्जा
८. मृत्यु दर्ताको प्रमाण-पत्र (स्थानिय पञ्जिकाधिकारी)
९. नाता प्रमाणित प्रमाण-पत्र
१०. इच्छाएको व्यक्तिको नागरिकताको प्रमाण-पत्र
११. सक्कल बीमालेख
१२. अन्य
  - क) गा.वि.स./न.पा./वडाको सर्जिमिन मुचुलका

दुघटनालाभ पाउन सक्ने मृत्युदाबी भएमा थप निम्नानुसारको  
कागजातको आवश्यकता पर्दछ ।

- क) शब परिक्षण प्रतिवेदन
- ख) प्रहरी मुचुलका
- ग) प्रहरीको अन्तिम सक्कल प्रतिवेदन (मृत्युको कारण सहित)

(नोट: सम्पूर्ण प्रतिलिपीहरु नोटरी पब्लिक/एल.आइ.सी. को अधिकृतबाट प्रमाणित गराउनु पर्नेछ ।)


**LIC**

लाइफ इन्स्योरेन्स कंपनी रिंसन (नेपाल) लिमिटेड  
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

शाखा कार्यालय : .....

मिति : .....

### दाबीकर्ताको बयान

(बीमा रकमको आधिकारिक हकदार व्यक्तिद्वारा भरिनु पर्दछ । सबै जवाफहरू स्पष्ट एवं शब्दमा हुनु पर्दछ । कुनै पनि किसिमको संकेत, बिन्दु आदिमा दिइएको जवाफ स्वीकार्य हुने छैन ।)

बीमालेख नं. .... बीमाङ्क रु. .... अन्तर्गत स्वर्गीय सुश्री/श्री/श्रीमती .....  
..... को नाममा जारी गरिएको थियो, जसको बीमा दाबीकर्ताको रूपमा निम्न लिखित बयान दिईद्दु।

#### १. दाबीकर्ताको विवरण

पुरा नाम : ..... उमेर : .....

ठेगाना : .....

बीमा रकममा दावी गर्नुको आधार : इच्छाइएको व्यक्ति, हस्तान्तरणको आधारमा प्रशाशक, गुटी ।

२. बीमीत / प्रस्तावक स्व. सुश्री/श्री/श्रीमती ..... को मृत्युको बारेमा विवरण ।

क. मृत्यु भएको स्थान : .....

ख. मृत्यु भएको मिति र निश्चित् समय (पूर्वान्ह/अपरान्ह) : .....

ग. मृत्यु हुँदाको बखत बीमित/प्रस्तावकको उमेर : .....

घ. अन्तिम बिमारीको अवधि : .....

ड. मृत्युको तात्कालिन कारण : .....

च. मृतकको अन्तिम व्यवसाय : .....

छ. मृतकको अन्तिम ठेगाना : .....

ज. मृतकको पिताको नाम : .....

झ. मृतकको बाजेको नाम : .....

ज. मृतकको पतिको नाम : .....

३. मृतकको नाममा जारी गरिएको बीमालेखको विवरण ।

बीमालेख नं.	बीमाङ्क	बीमालेखको अवस्था : चालु/निष्कृत	बीमा प्रारम्भ मिति	टर्म राइडर: रहित/सहित	दर्घटना लाभ: सहित/रहित

४. क. बीमितले प्रथम पटक स्वास्थ्यमा आएको खराबीको बारेमा कहिले कोसँग भनेको थियो ? .....

ख. कुन रोगको बारेमा भनेको थियो ? .....

५. अन्तिम रोगको उपचार गर्ने डाक्टरको नाम : .....

६. पछिल्लो तीन वर्षदेखि उपचार गर्दै आएको डा. को नाम तथा जसद्वारा निदान गरिएको रोगको विवरण :

परामर्श लिएको विभिन्न मितिहरू	डा. तथा अस्पतालको नाम र ठेगाना	रोगको विवरण
१.		
२.		
३.		

म ..... यो घोषणा गर्दैद्दू कि उपरोक्त बयान सबै प्रकारले ठिक साँचो छ । कुनै प्रचलित कानून, रिति-स्थिति, चलन वा परम्पराले गर्दा डा. वा अस्पतालसँग कुनै व्यक्तिको स्वास्थ्य जाँचका बखत गरिने सुचना वा जानकारी गोपनियताको आधारमा गरिने भएता पनि म यस मृतकसँग सम्बन्धित जाँच गर्ने चिकित्सकलाई, चाहे स्वास्थ्य परिक्षण बीमालेख जारी हुनु पूर्व होस् या पश्चात् गरेको होस्, आवश्यक सम्पूर्ण सूचना वा जानकारी श्री लाईफ इन्स्योरेन्स कापरिशन (नेपाल) लि. वा सम्बन्धित निकायलाई दिने अनुमति प्रदान गर्दैद्दू ।

साक्षीको हस्ताक्षर : ..... दाबीकर्ताको  
हस्ताक्षर/ऑला छाप : .....

प्रति हस्ताक्षर गर्ने शाखा प्रमुखको नाम : .....

ठेगाना : .....

स्थान : ..... मिति: ..... साल ..... महिना ..... गतेका दिन मेरो उपस्थितिमा घोषणा गरेको हो ।

साक्षीको हस्ताक्षर : ..... साक्षीको नाम : .....

ठेगाना : .....

यदि यो फारमको प्रश्नको उत्तर नेपाली बाहेक अन्य भाषामा दिइएको भए अथवा प्रस्तावकले ऑला छाप लगाएको भए, साक्षीले निम्न लिखित घोषणा गर्नु पर्दछ ।

“यस घोषणाद्वारा यो प्रमाणीत गर्दैद्दू कि यस फारमको घोषणाकर्तालाई फाराम भराउँदा उस्तो जाने बुझेको भाषा मार्फत् विस्तृत रूपमा बुझाएर, सबै बुझी सकेपछि मात्र हस्ताक्षर/ऑला छाप गराएको हो ।”

साक्षीको हस्ताक्षर : ..... साक्षीको नाम : .....

ठेगाना : .....



**LIC**

लाइफ इन्स्योरेन्स कंपनी रिशन (नेपाल) लिमिटेड

Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.

(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 3 E

### MEDICAL ATTENDANT'S CERTIFICATE

(To be completed by the Medical Attendant of the deceased in the last illness)

In connection with claim under Policy No. ....

Full Name of Deceased.....

1. What was the full name, age, address and occupation of deceased ?

Deceased's Father's Name

Deceased's Grandfather's Name

Deceased's Spouse Name

2. a) His apparent age at the time of death as could be Judged ?

b) Was he related to you and if so, how ?

c) Description of any marks of Physical peculiarities noticed by you for purpose of identification.

3. a) Time of death ?

b) Date of death ?

c) Place of death (Give exact address)

4. a) What was the exact cause of death ? Besides defining the disease or other cause of death in such terms as you consider appropriate, kindly add the distinctive technical name.

b) Was it ascertained by examination after death or referred from symptoms and appearance during life date of death ?

c) How long had he been suffering from this disease before his death ?

d) What were the symptoms of the illness ?

e) When were they first observed by the deceased ?

f) What was the date on which you were first consulted during the illness ?

g) Did you attend him during the whole of its course ? If not, state during what period ?

5. a) Were his habits sober and temperate ?

b) Have you any reason to suppose or to suspect that decease was in case caused or aggravated by intemperate habits ?

6. a) What other disease or illness (i) preceded (ii) or co-existed with that which immediately cause his death ?

b) Give history of such disease or illness stating ?

1) Date when first observed

2) By whom treated ?

3) By whom history reported to you ?

7. a) Was the deceased treated during his last illness by any other medical practitioners or in any hospital before you were consulted ? If so, please state their names and address.

b) Did any other medical practitioners attended on him in consultation with yourself ? If so, please state their names and address.

8. a) Were you deceased's usual medical attendant ?

b) If so, for how long ?

c) If not, please state name and address of his usual medical attendant ?

9. When and for what ailment did you treat the deceased during the three year preceding his last illness ?

10. Was any inquest or formal enquiry held regarding the death or post mortem examination of the body made ? If so, whom and what was the result or finding ?

11. Have you any other information or remarks to make in connection with his claim concerning deceased's ailment's, habits, mode of living etc.



LIC

**लाइफ इन्स्योरेन्स कंपौरिशन (नेपाल) लिमिटेड**  
**Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.**  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

**Claim - 3 N**

## विकित्सकको प्रमाण-पत्र

(मृतकको अन्तिम रोगको उपचार गर्ने चिकित्सकद्वारा भरिनु पर्ने)

सुश्री/श्री/श्रीमती ..... को नाममा जारी गरिएको बीमालेख नं. ..... को बीमा दाबी सम्बन्धमा ।

- |  |   |
|--|---|
| १. मृतकको पूरा नाम, उमेर, ठेगाना तथा पेशा  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| मृतकको बुबाको नाम  | .....                                     |
| मृतकको बाजेको नाम  | .....                                     |
| मृतकको पति/पत्नीको नाम   | .....                                     |
| २. क) तपाईंको विचारमा मृत्यु हुँदा मृतकको उमेर कति थियो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) के मृतक तपाईंको नातेदार हो ? हो, भने सम्बन्ध के हो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ग) मृतकलाई चिन सकिने कुनै शारीरिक संकेत खुलाउनुहोस् ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ३. क) मृत्यु भएको समय र मिति   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) मृत्यु भएको स्थान   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ४. क) मृत्युको वास्तविक कारण के थियो ? कुनै रोग वा अन्य कारणको प्राविधिक नाम खुलाउनुहोस् ।   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) मृतकको मृत्यु पछि परिक्षणद्वारा साबित गर्नु भएको थियो वा जीवित छौं कुनै रोगको लक्षण अनुमान गर्नु भएको थियो ?                                      | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ग) मृत्यु हुनुभन्दा कर्ति समय अगाडिदेखि मृतक रोगबाट पिडित थियो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| घ) विरामी हुनुका लक्षणहरु के थियो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ड) कहिले उनीहरूले मृतकलाई पहिलोचोटि देखे ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| च) रोगीले तपाईंलाई कुन मितिमा सर्वप्रथम जँचाउन आएको थियो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| छ) के तपाईंले पूरै रोगको अवधिभर उपचार गर्नुभयो ? यदि होइन भने कुन समयमा उपचार गर्नुभयो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ५. क) के मृतकको स्वभाव सौम्य र सयंमी थियो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) के तपाईंलाई यस्तो लाग्छ कि ऊ विरामी हुन वा बढुनको कारण असंयमी प्रवृत्ति थियो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ६. क) के अन्य रोग तथा विरामी (अ) पहिले (आ) अथवा एककासी जसको कारणले मृत्यु तुरन्त भएको थियो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| अ) रोग पहिलो पटक पत्ता लागेको मिति ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| आ) कसले उपचार गरेको थियो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| इ) रोगको बारेमा तपाईंलाई कसले बताएको थियो ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ७. क) अन्तिम रोगको समयमा तपाईंलाई जँचाउनु पूर्व कुनै अन्य चिकित्सकसँग पनि उपचार गराएको थियो ? यदि, थियो भने सो डाक्टरको पूरा नाम र ठेगाना दिनुहोस् । | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) तपाईंसँगै उपचारमा संलग्न अन्य डाक्टरहरु भए नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ८. क) के तपाईं मृतकको परिवारिक चिकित्सक हुनुहुन्छ ? यदि, हुनुहुन्छ भने कति समयदेखि ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ख) यदि होइन भने मृतकको परिवारिक डाक्टरको नाम र ठेगाना खुलाउनुहोस् ?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| ९. मृतकको अन्तिम बिमारी पूर्व तीन वर्ष भित्र कहिले कहिले र कुन कुन रोगको उपचार गर्नु भएको थियो ?   | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

१०. मृत्यु पश्चात् कुनै त्यसै औपचारिक सोधपुछ अथवा पोष्ट मार्टम रिपोर्टबाट सोधपुछ भएको थियो ? भए, कसबाट र के पत्ता लागेको थियो ?	.....
११. के तपाईं यस बीमा दाबीको सम्बन्धमा मृतकको बानी, जीवन स्तर बारे अन्य केही जानकारी बताउन चाहनु हुन्छ ? यदि, हुन्छ भने दिनुहोस्।	.....

म ..... सुश्री/श्री/श्रीमती ..... को  
चिकित्सकको हैसियतले यो घोषणा गर्दछु कि, “मलाई जानकारी भएसम्म यो विश्वास छ कि उपर्युक्त जानकारी एवं सूचनाहरू ठीक र साँचो छ। साथै, मृतकको मृत्यु स्वप्रयत्नबाट भएको होइन।”

स्थान: ..... मिति: ..... साल ..... महिना ..... गते

साक्षी र चिकित्सकको पहिचान

सही : .....

पूरा नाम : .....

ठेगाना : .....

सही : .....

योग्यता : .....

दर्ता नं. : .....

ठेगाना : .....

अस्पतालको छाप :

**LIC**

लाइफ इन्स्यूरेन्स कंपनी (नेपाल) लिमिटेड  
**Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.**  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

Claim - 4E

## CERTIFICATE OF HOSPITAL TREATMENT

Full Name of Deceased : .....

In connection with claim under Policy No. ....

Deceased's Father's Name : .....

Deceased's Grandfather's Name : .....

Deceased's Spouse Name : .....

1. What was the full name, age, address and occupation of the patient as per hospital records ?

Name : .....

Age : .....

Address : .....

Occupation : .....

Identification Marks : .....

2. What was the date of his admission into the hospital ? .....

Please state his indoor Admission No. ....

3. Under whose treatment was the patient before he was admitted into the hospital ? If the patient had brought a letter or a note from any doctor at the time of admission kindly furnish us with a certified copy thereof .....

4. At the time of admission what was :

a) the nature of his complaint : .....

b) the duration of the complaint as reported by him : .....

.....

5. What was the exact history reported by the patient at the time of admission ? (Full history including the dates, duration of the ailments, the symptoms narrated etc. to be given) : .....

.....

6. a) Was the history reported by the patient himself / herself ? .....

b) If not, by whom ? (Name and relationship of the person who reported) was the patient present at that time and was he / she conscious ? .....

c) Who recorded the history in the case sheet ? .....

d) Whether the Doctor who recorded the history is still in your service. If not, please state his / her full address .....

.....

7. What was the diagnosis arrived at in the hospital ? .....

.....

8. Was there any other disease or illness preceded or co-existed with the ailment at the time of his / her admission into the hospital ? If so, what was it ? Please give the history of such disease or illness stating :

a) Date when such was first observed by patient : .....

b) By whom treated : .....

c) By whom the history was reported ? (If not by the patient himself / herself, please indicate if it was in his / her presence and to his / her knowledge) : .....

.....

d) Who recorded this history ? (If the doctor is not with the hospital at present, please give his / her present address) : .....

.....

9. What was the date of his / her discharge from hospital ? .....

10. What was his / her condition when he / she was discharged ? .....

11. Was he / she treated in the hospital on any previous occasion either as an in patient or an out patient, if so please state :

a) Date of 1st admission or first time treatment as an out patient : .....

b) Date of discharge & condition on discharge : .....

c) Nature of ailment : .....

d) History reported at the time of admission : .....

.....

**Certified that the above information is correct as per records of the hospital.**

Date ..... Signature .....

Hospital's Name ..... Medical Attendant's Name .....

Qualification & Designation .....

Regd. No. .....

Postal Address .....

(State here the Code No. if you are an Authorized Medical Examiner of the Company.)



## अस्पताल उपचारको प्रमाण-पत्र

बीमालेख नं. .... को दावी सम्बन्धमा ।

मृतकको पूरा नाम : .....

मृतकको बुबाको नाम : .....

मृतकको बाजेको नाम : .....

मृतकको पति/पत्नीको नाम : .....

१. अस्पतालको अभिलेख अनुसार विरामीको :

नाम : .....

उमेर : .....

ठेगाना : .....

पेशा : .....

पहिचान चिन्हहरू : .....

२. रोगी अस्पताल भर्ना भएको मिति तथा विरामी दर्ता नं. के थियो ? .....

३. अस्पताल भर्ना हुनु पूर्व रोगी कुन डा. अन्तर्गत उपचारार्थ थियो ? यदि भर्ना हुँदा कुनै अन्य डा. को पत्र अथवा नोट लेखि ल्याएको भए सो को प्रतिलिपी उपलब्ध गराउनु होस् । .....

४. भर्ना गर्दाको समयमा :

क. रोगको प्रकृती : .....

ख. रोगीले भने अनुसार रोगको अवधी : .....

५. भर्ना हुँदाको समयमा विरामीले बताएको रोगको बिस्तृत विवरण दिनुहोस् ? (मिति, अवधि, लक्षणहरूको पूरा जानकारी उपलब्ध गराउनु होस् ।)

६. क) के रोगको बारेमा स्वयं रोगीले नै भनेको थियो ? .....

ख) यदि होइन भने, कसले जानकारी दिएको थियो ? (जानकारी दिने व्यक्तिको नाम र सम्बन्ध खुलाउनुहोस्) के सो समयमा के रोगी पूर्ण होसमा उपस्थित थियो ? .....

ग) भर्ना फाराममा रोगको बारेमा कसले भरेको हो ? .....

घ) के रोगको बारेमा लेखे डा. अद्यावधीक सेवारत छ ? छैन भने हालको पुरा ठेगाना बताउनु होस् ? .....

७. अस्पतालमा कुन रोग पत्ता लागेको थियो ? .....

८. अस्पतालमा भर्ना हुँदा अन्य कुनै विमारी वा केहि रोग संक्रमित हुने अवस्थामा थियो ? भए, के थियो ? कृपया, सो को बारेमा निम्नानुसार बिस्तृत जानकारी दिनुहोस् ।

क) विरामीले पहिलो पटक रोगको बारेमा थाहा पाएको मिति .....

ख) कोद्वारा उपचार गराइएको थियो ? .....

ग) रोगको इतिहास कसले भनेको थियो ? यदि रोगीले होइन भने, रोगीकै बारे जानकारी भएको एवं रोगी कै अगाडी कसले भनेको थियो ? .....

घ) यो रोगीको इतिहास कसले भरेको हो ? यदि यस समय डा. अस्पतालमा नभए निजको वर्तमानको ठेगाना दिनुहोस् । .....

९. अस्पतालबाट कुन मितिमा डिस्चार्ज भएको हो ? .....

१०. डिस्चार्ज हुँदा विरामीको स्वास्थ्य स्थिति कस्तो थियो ? .....

११. अन्य कुनै समयमा अस्पतालमा अन्तरङ्ग वा बहिरङ्ग रोगीको रूपमा उपचार गरेको थियो ? यदि थियो, भने निम्न जानकारी दिनुहोस् ।
- क) बहिरंग विरामीको रूपमा पहिलो उपचार गराएको मिति : .....
- ख) अस्पताल डिस्चार्ज मिति र अवस्था : .....
- ग) रोगको प्रकृती : .....
- घ) भर्ना गर्दाको समयमा बताएको रोगको वृतान्त : .....

उपरोक्तानुसार दिइएको जानकारी अस्पतालको अभिलेखानुसार सहि छ ।

मिति : .....

सही : .....

अस्पतालको नाम : .....

चिकित्सकको नाम : .....

ठेगाना : .....

योग्यता र पद : .....

दर्ता नं. : .....

अस्पतालको छाप :

यदि तपाईं कम्पनीको अधिकार प्राप्त चिकित्सा परिक्षक भए कोड नं. लेख्नुहोस् ।



## अस्पताल उपचार तथा अन्तिम उपचारमा संलग्न चिकित्सकको प्रतिवेदन फारम नभएको अवस्थामा पेश गर्नु पर्ने तक पत्र

..... जिल्ला ..... गा.वि.स./न.पा. वार्ड नं. ..... बसे वर्ष ..... को  
(उमेर)  
म ..... (उद्घोषण गर्ने व्यक्तिको नाम) ..... (उद्घोषण गर्ने व्यक्तिको बुवाको नाम)  
तल उल्लेखित व्यहोरा ठिक/साँचो हो भनी विनम्र अनुरोध गर्दछु ।

१. एल.आई.सी. (नेपाल) लि. मा बीमालेख नं. ..... भएको ..... वर्षको उमेरमा मृत्यु भएको साँचो हो ।  
(भूतको पूरा नाम, पद तथा मृत्यु हुँदाको उमेर प्रस्तुत लेख्ने)

२. माथि उल्लेखित बीमितको मृत्यु ..... (मृत्यु भएको ठेगाना)  
मिति ..... भएको हो ।  
(कृपया मृत्युको मिति ईस्वी सन्वत्मा तथा समय उल्लेख गर्नुहोस्)

३. म उक्त व्यक्तिलाई राम्ररी चिन्दछु र म निजको दावीमा स्वार्थ भएको व्यक्ति तथा इच्छाएको व्यक्तिमा आश्रित व्यक्ति होइन र अभिकर्ता पनि होइन साथै मैले अन्य कुनै दावी फारम भरेको वा बुझाएको पनि छैन ।

४. निजको मृत्युको कारण ..... भएको तर चिकित्सकबाट मृत्यु प्रमाण पत्र नहुनुको कारण यस प्रकार छन् :  
क) .....  
ख) .....

५. म निजको मृत्यु हुँदा स्वयं उपस्थित थिए र / अथवा मैले निजको मृत शरीर देखेको छु (नमिल्ने वाक्यांशा काटिदिनु होला) ।

६. माथि उल्लेखित विवरणहरू मेरो जानकारीमा रहे अनुसार ठिक साँचो हो भनी सहिष्णाप गर्दछु ।

साक्षीको :

उद्घोषण गर्नेको :

सहि : .....

सहि : .....

नाम : .....

नाम : .....

मिति : .....

मिति : .....

पुनर्शब्द: अस्पताल उपचार तथा अन्तिम उपचारमा संलग्न चिकित्सकको प्रतिवेदन फारम नभएको अवस्थामा यो वक पत्र (Certificate of Identity and cremation or Burial नभरेको व्यक्ति) मृतक व्यक्तिलाई राम्ररी चिन्ने र निजको दावीमा स्वार्थ नभएको व्यक्ति तथा इच्छाएको व्यक्तिमा आश्रित नभएको व्यक्ति साथै अन्य कुनै दावी फारम नभरेको तथा बीमितको मृत्यु हुँदा स्वयं उपस्थित भएको वा मृत शरीर देखेको व्यक्तिबाट भराई पेश गर्नु पर्नेछ ।

साक्षी बस्त सब्ने व्यक्ति : (१) माननीय न्यायधिश (२) स्थानीय सरकारी विद्यालयको प्रधानाध्यापक (३) नोटरी पब्लिक अथवा (४) एल.आई.सी. नेपालको शाखा प्रमुख र अधिकृत ।



### कार्यालयको तर्फबाट प्रमाण-पत्र

जीवन बीमालेख नं. .... अन्तर्गत बीमित स्व. .... को मृत्यु दाबीको  
लागि निम्न लिखित दाबी सम्बन्धी तथ्य विवरण पेश गरेका छौं।

१. क) मृतकको पूरा नाम : .....  
ख) मृतकको बुबाको नाम : .....  
ग) मृतकको बाजेको नाम : .....  
घ) मृतकको पतिको नाम : .....  
ड) मृतकको पूरा ठेगाना : .....  
च) दर्जा र कामको प्रकृति : .....  
छ) भर्ना मिति : .....
२. क) कार्यालयमा पूरा समय सक्रियताका साथ काम गरेको अन्तिम मिति : .....  
ख) मृत्यु भन्दा अधि तुरन्त गैर हाजिर हुनुपर्ने गरि मृतकले कुन मितिमा पहिलो पटक बिरामीको शिकायत गरेका थिए ? .....  
ग) बिरामीको लक्षणहरू के के थियो ? : .....  
घ) मृत्यु भएको मिति : .....  
ड) मृतकको मृत्युको सूचना तपाईंलाई कस्ते दियो ? .....  
च) मृत्युको समय मृतकको मोटामोटी उमेर .....
३. कार्यालयमा गैर हाजिर भएको मिति .....  
कार्यालयमा विदा लिएको मिति ..... देखि ..... सम्म  
विदाको प्रकृति आकस्मिक/आर्जित/अस्वस्थता .....  
अस्वस्थताको कारणबाट विदा लिएको हो भने चिकित्सकको प्रमाण-पत्र पेश गरिएको थियो वा थिएन ? यदि थियो भने विदाको निवेदन तथा प्रमाण-पत्र संलग्न गर्नुहोस् । .....  
कृपया विदाको प्रकृति खुलाउनुहोस् । (भैपरी आउने विदा, बिरामी विदा, (विशेष) आर्जित विदा आदि) मृतकको बीमा प्रारम्भ मितिभन्दा तीन वर्ष अगाडीको अवधिको हाजिरी रेकड भर्नुहोस् ।

	पहिलो वर्ष	दोस्रो वर्ष	तेस्रो वर्ष	कैफियत
मिति				
विदाको प्रकृति				
क्याजुल (Causal)				
संचित (PL)				
बिरामी (Sick)				

विदा स्वास्थ्यको कारण लिएको हो भने विस्तृत विवरण विदाको विस्तृत प्रमाणित विवरण समेत संलग्न गर्नुहोस् ।

४. के त्यस संस्थामा कर्मचारीको निम्न चिकित्सा लाभ योजना छ ? यदि छ भने, कृपया त्यस्तो अस्वस्थता तथा उपचारको विवरण दिनुहोस जस अन्तर्गत मिति ..... देखि ..... सम्मको अवधिको उपचारको खर्चको पूर्ति दिइएको थियो ।

मृतकको नाम : .....  
मृतकको दर्जा : .....  
मृतकको ठेगाना : .....

अधिकृत  
नाम : .....  
दर्जा : .....  
ठेगाना : .....  
मिति : .....



लाइफ इन्स्योरेन्स कंपौरेशन (नेपाल) लि. बाट मेरो नाममा जारी भएको ..... प्रकारको बीमालेख नं. ..... अन्तर्गत बीमा भएकोमा मिति ..... मा अवधि भुक्तानी भएको वा समर्पण गरिएको वा ..... कारणबाट मृत्यु भएको वा ..... कारणबाट भएको अशक्त/अपाङ्ग भएकोले वा ..... कारणबाट दावी भुक्तानी वापत तपसिलमा उल्लेख भएको शिर्षक (अक्षरेपी ..... ) उपलब्ध गराईएमा बीमकलाई यस बीमालेख अन्तर्गतको उल्लेखित दायित्वबाट मुक्त गरिदिन मञ्जुर गर्दछ/गर्दछौ । यसमा अन्यथा भए गरेमा यसै कागजको आधारमा बदर गरिदिन मञ्जुर हु/हौ भनी राजीखुशी साथ यो सहि छाप गरि दिएँ/दियौ ।

तपसिल

१. बीमाङ्क वापतको रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
  २. बोनश वापतको रकम (यदि दिइने भएमा) रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
  ३. पूरक करार अन्तर्गतका रकमहरु (यदि आकर्षित हुने भएमा):
    - क) दुर्घटना वापत रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
    - ख) स्थायी पूर्ण अशक्तता वापत प्रदान गरिने मासिक आय सुविधा रकम मिति ..... देखि ..... सम्म एकमुष्ठ/मासिक रु. ..... का दरले नियमित रूपमा बीमालेखको शर्त बमोजिम भुक्तानी गरिने ।
    - ग) बीमित जीवित रहेसम्मको लागि पूरक करारमा रहेको व्यवस्था बमोजिम नियमित रूपमा बीमालेख बहाल रहने गरी बीमितको तर्फबाट भुक्तानी हुनुपर्ने बीमाशुल्क स्वतः भुक्तानी भएको मान्य हुने गरी प्रति किस्ता रु. ..... (अक्षरेपी ..... ) का दरले बीमाशुल्क छुट सुविधा बीमकले प्रदान गर्ने ।
    - घ) मासिक आयको रूपमा मिति ..... देखि ..... सम्म प्रति महिना रु. ..... (अक्षरेपी ..... ) का दरले नियमित रूपमा भुक्तानी गरिने ।
    - ड) अन्य (उल्लेखित दावी रकम बाहेक पूरक करारको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानु पर्नेछ ।)
  ४. समर्पण मूल्य वापतको जम्मा रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... ) (स्पष्टिकरण: समर्पण मूल्य रकममा बोनश/मुनाफाको अंश समावेश भए नभएको स्पष्ट उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।)
  ५. अन्य (उल्लेखित दावी रकम बाहेक मूल बीमालेखमा उल्लेख भएको व्यवस्थाको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानु पर्नेछ ।)
    - कूल दावी रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
    - प्रचलित नियम बमोजिम कट्टा गर्नुपर्ने कर रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
    - कर कट्टा गरे पछि बीमितले पाउने खूद दावी रकम रु. ..... (अक्षरेपी ..... )
- झिति सम्बत् ..... साल ..... महिना ..... गते ..... रोज शुभम् ।

बीमितको तर्फबाट दाबी फछ्यौट पूर्जामा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको :		बीमको तर्फबाट दाबी फछ्यौट पूर्जा जारी गर्ने अधिकारीको :	
हस्ताक्षर :	औंठाको छाप	हस्ताक्षर :	नाम, थर :
नाम, थर :			पद :
ठेगाना :			मिति :
फोन नं. :			कार्यालयको छाप :
बीमित र सो व्यक्ति बीचको नाता :			
मिति :			
साक्षीको :			
हस्ताक्षर :			
नाम, थर :			
ठेगाना :			
पेशा :			
कार्यालय भए सोको नाम र ठेगाना :			
फोन नं. :	दा.	बा.	
मिति :			

अखिल्यारी प्राप्त व्यक्ति वा संस्थाको तर्फबाट (यदि आवश्यक भएमा):

हस्ताक्षर :
नाम, थर :
पद :
मिति :
कार्यालयको छाप :
फोन नं. :

नोट: १. यस बीमालेख अन्तर्गत प्रदान गरिने रकममा कुन कारणले भुक्तानी गरिने हो सोको विवरण अनिवार्य रूपमा खुलाउनु पर्नेछ ।

२. बीमकले दाबी फछ्यौट पूर्जा जारी गर्ने अधिकारीको हस्ताक्षर, नाम थर, पद, मिति र कार्यालयको छाप लगायत सम्पूर्ण विवरण अनिवार्य रूपमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।



लाइफ इन्स्योरेन्स कंपनी रिशन (नेपाल) लिमिटेड  
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

### CLAIM ENQUIRY REPORT

Date : .....

Claim under policy Nos : .....

Name of deceased L. A. : .....

Address : .....

Plan & Term /Sum Assured : .....

Date of FPR : .....

Date of Commencement : .....

Date of Revival, if any : .....

Last address of the DLA : .....

Name and address of claimant & his/her relationship with DLA : .....

Name and address of Medical Examiner at Proposal/revival stage : .....

Name and address of L.A.'s : .....

Usual Medical Attendant, if any : .....

Date and Place of Death : .....

Cause of Death : .....

Terminal illness details :

a) Name & address of the hospital : .....

b) Name & address of the attending Physician : .....

Employer's Name and Address : .....

Special instructions on directives for Investigation, if any : .....

Agent : .....



लाइफ इन्स्योरेन्स कंपनी रिशन (नेपाल) लिमिटेड  
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

## CLAIM ENQUIRY REPORT

*To be complete by the Investigating Official*

Date : ..... / ..... / .....

Policy No. : .....

Name of LA : .....

1. Mention the enquiry details in the following format

S.No.	Name of Doctor / Hospital / Others	Date & Place of visit	Signature of visitor

2. a) Are you satisfied with the identity of the DLA ? .....
- b) Mention any critical information related to health & habits of the DLA gathered during the enquiries. ....
3. If the place of death of the LA is other than his/her normal place of residence, then mention the reasons there of.....
4. Do you feel that the authenticity of the death certificate needs further verification ? .....
5. Is there any evidence of understatement of age of the DLA, particularly if the policy has been accepted on the basis of NSAP at proposal stage ? If so, enclose the evidence. ....
6. Describe if deceased's close relative died due to heredity or contaminated disease. ....
7. Name the rival (शत्रु) of DLA, If any, Mention information gathered during the enquiry. ....
8. What was the health condition of DLA prior to the date of proposal / revival ? .....
9. What was the nature, personal behavior and habit of DLA ? Was he a sober ? .....
10. What was the exact occupation of DLA at the time of his/her death ? Was it different from the answer given in the proposal from ? Yes / No. ....
11. What was DLA's monthly income ? Was it affordable and adequate to total amount of premiums payable under all the insurance policies on his/her life ? (If the income in the proposal form is overstated, the efforts should be made to obtain evidences to establish his/her correct income by way of ITRs / salary slip business proof etc.) .....
12. A. If the DLA was employed, obtain particulars of leave availed by him on sickness/medical ground during last three years prior to date of proposal/revival. Also obtain certified copies of his leave application along with enclosed medical certificate. If the treatment particulars / medical history reported is significant, efforts should be made to obtain further details from the doctors issuing the certificates. ....

- B. Ascertain from the employer if there is any indoor medical/health facilities being provided/run by the employer. Also enquire of any scheme of reimbursement for a medical expense is available for the employees. Certified copies of relevant documents giving information about medical treatment/sickness of DLA prior to the proposal/revival date of the policy should be obtained.....
- .....  
.....  
.....
13. If the DLA was a businessman/professional/self employed, please ascertain:
- I) How long was he in the business/profession ? .....
- .....
- II) Nature and address of his business. ....
- .....
- III) Was there any recent change of business ? If yes, the reasons thereof. ....
- .....
- IV) Enquire from neighboring businessmen about his health/habits/financial status of his business etc. & report. ....
- .....
14. Was the DLA a member of any health insurance scheme/mediclaim ? If so, the particulars of benefits availed by him under the scheme should be obtained from the Insurers. ....
- .....
15. Give details of DLA's brief history of last illness, symptoms to medications. **If cause of death is Accident:** State the nature and circumstances of the accident with full particulars. Also inform the details of subsequent treatment given, name of police station involved, particulars of FIR panchanama / Muchulka / PMR etc. **Suicide / Murder :** Is there any suspicion of suicide ? If so, state the possible reasons and circumstance thereof. In case of a murder, give briefly the circumstances under which LA were murdered, whether any criminal was arrested and prosecuted ? Was the deceased LA with criminal background ? Under such cases please obtain certified copies of Fir. Police Inquest report, Panchanama, Muchulka, PMR etc. ....
- .....  
.....  
.....  
.....
16. Ascertain the name of DLA's usual medical attendant and enquire of him whether he had occasion to treat the LA for any illness / disease. If the period of treatment is prior to the date of proposal revival, obtain necessary certificate giving particulars of diagnosis, exact period of treatment and the details of treatment given including prescription of medicines, tests etc. (Please get the COT completed from the Doctor). Efforts should be made to obtain the names of other doctors / hospital also to whom the DLA might have referred to for consultation / treatment / special tests .....
- .....  
.....  
.....  
.....
17. Enquire of other doctors / hospitals in the vicinity of the residential / business place of the DLA to find out the possibility of any treatment / special test undergone by the DLA, particularly prior to the date of proposal / revival. Report the result of your findings enclosing certified copies of the case sheets / discharge summary / BHT / pathological reports etc. in the following format :
- | Name of the physician/Hospital | Period ..... of treatment / hospitalization<br>From ..... to ..... | Diagnosis | Previous history reported | Details of surgery / Special Reports if any |
|--------------------------------|--|-----------|---------------------------|---|
|                                |  |           |                           |   |
|                                |  |           |                           |   |
|                                |  |           |                           |   |
18. Was the DLA related to the Agent / M.R. / A.M. / M.E : .....
- .....
19. On the enquiries made and the information which is not covered in the questionnaire and will be helpful to take a decision on the claim ? .....
- .....  
.....  
.....
20. Is there any suspicions regarding the claim ? .....
- .....

21. Conclusion and Recommendation regarding payment of claim. (Whether the claim is payable or not).....

.....  
.....  
.....  
.....

Name of investigation Officer :

Designation and present posting :

Place :

Date :

Signature with official seal



### दाबी जाँच प्रतिवेदन

(कृपया जाँच अधिकारीले भर्नुहोला ।)

मिति : .....

बीमालेख नं. ....

मृतक बिमितको नाम : .....

ठेगाना : .....

योजना तथा अवधि/बीमाङ्क रकम : .....

प्रथम बीमाशुल्क रसिद जारी मिति : .....

बीमा प्रारम्भ मिति : .....

यदि पुनर्जागरण गरेको भएको सो मिति : .....

मृतकको अन्तिम ठेगाना : .....

दावीकर्ताको नाम, ठेगाना र मृतक बिमितसंगको नाता : .....

बीमा शुरु/पुनर्जागरण गर्दा उपचार गर्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना : .....

बीमितको नाम र ठेगाना : .....

सामान्य उपचार गर्ने चिकित्सक, यदि कोहि भए : .....

मृत्यु भएको स्थान र मिति : .....

मृत्यु भएको कारण : .....

बिरामीको विवरण :

क) अस्पतालको नाम र ठेगाना : .....

ख) उपस्थित डाक्टरको नाम र ठेगाना : .....

रोजगारदाताको नाम र ठेगाना : .....

जाँचबुझको लागि कुनै सुझाव वा निर्देशन भए : .....

अभिकर्ता :



### दाबी जाँच प्रतिवेदन

कृपया जाँच अधिकारीले भर्नुहोस् ।

मिति : ..... / ..... / .....

बीमालेख नं. ....

बिमितको नाम : .....

१. तल उल्लेखित ढाँचामा जाँच विवरण उल्लेख गर्नुहोस् ।

सि.नं.	डाक्टर/अस्पताल/अन्यको नाम	मिति र भ्रमण गरेको स्थान	सही

२. क) तपाईं मृतक बिमितको पहिचानसँग सन्तुष्टी हुनुहुन्छ ? .....

ख) सोधपुछको समयमा मृतक बिमितको स्वास्थ्य र बानीहरूको महत्वपूर्ण जानकारी उल्लेख गर्नुहोस् .....

३. यदि बिमितको मृत्यु निवासस्थान बाहिर भएको भए, कारण खुलाउनुहोस् .....

४. के मृत्यु प्रमाणपत्र थप प्रमाणिकरण गर्नु पर्ने जरूरत देखिन्छ ? .....

५. NSAP अन्तर्गत बीमा स्वीकृत गर्दा हाल मतृकको उमेर कम पाइएको प्रमाण छ, छ भने उल्लेख गर्नुहोस् .....

६. यदि मृतकको नजिकको नातेदार कुनै संक्रामक वा वंशानुगत रोगको कारणबाट मृत्यु भएको छ ? छ भने, जानकारी दिनुहोस् .....

७. मृतक बिमितको कसैसँग शत्रुता थियो ? भए सोधपुछको क्रममा प्राप्त जानकारी उल्लेख गर्नुहोस् .....

८. प्रस्ताव गर्दा वा पुनर्जागरण गर्दाको समयमा स्थास्थ्य स्थिति कस्तो थिया ? प्राप्त भएको सम्पूर्ण विवरण दिनुहोस् .....

९. मृतक बिमितको स्वभाव, व्यक्तिगत व्यवहार र बानी कस्तो थियो ? .....

१०. मृत्युको समयमा मृतक बिमितको पेशा के थियो ? के प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएको भन्दा फरक छ ? छ / छैन .....

११. मृतक बिमितको मासिक आय कति थियो ? तपाईंको विचारमा उसले बीमालेख चालु गर्न बीमाशुल्क तिर्न सक्छन् होला ? (यदि प्रस्ताव फाराममा मासिक आय बढी जनाएको भए, उसको सही मासिक आय पत्ता लगाउने प्रमाणहरू आयकर रसिद/तलबी विवरण/व्यापार प्रमाण ईत्यादि प्राप्त गर्ने प्रयास गर्नुहोस् ।).....

१२. क) यदि मृतक विभिन्न कर्मचारी भए, बीमालेख प्रारम्भ/पुनर्जागरण भन्दा ३ वर्ष अघिको विचमा कुनै रोगको कारण विदामा बसेको थियो ? विदामा बसेको भए उसको प्रमाणित विदाको आवेदन फारम सहित मेडिकल सर्टिफिकेट संलग्न गर्नुहोस् । .....

ख) रोजगारदाताबाट केहि उपचार/स्वास्थ्य सुविधा भएको भए कुनै फारम छ । कर्मचारीलाई उपचार खर्च परिपूर्ति गर्ने योजना भए खुलाउनुहोस् । मृतक बिमितको चिकित्सा उपचार/बिरामीका कागजातहरु वर्णन गर्ने प्रमाणित प्रतिलिपिहरु प्रस्ताव/पुर्नजागरण पूर्व भिति समेत जनाउनुहोस् ।

१३. यदि मूत्रक विभिन्न व्यापारी/पेशा/स्वरोजगार भए, कृपया लेखनहोस् ।

क) कति समय देखि ऊ व्यापार/पेशामा संलग्न थियो ? .....

ख) व्यापारको प्रकृति र व्यापारको ठेगाना .....

ग) व्यापारमा केही परिवर्तन गरिएको थियो ? थियो भने, कारण खुलाउनुहोस् .....

घ) नजिकको व्यापारीहरूबाट उसको स्वास्थ्य/बानी/व्यापारको आर्थिक अवस्था इत्यादि बारे पूछताछ गर्नहोस् र रिपोर्ट लेख्नहोस् .....

१४. के मृतक विमित स्वास्थ्य बीमा योजनामा सदस्य थियो ? थियो भने, बीमाबाट पाउने सुविधाहरू के के प्राप्त भयो ? .....

१५. मृतक विमितको पछिल्लो बिरामीको छोटो ईतिहास लक्षणहरु र औषधोउपचारको बारे जानकारी दिनुहोस् । यदि मृत्युको कारण दुर्घटना हो भने: दुर्घटनाको प्रकृति र अवस्थाबारे पूर्ण जानकारी दिनुहोस् । दुर्घटना पछि गरिएको उपचार, संलग्न प्रहरी चौकी, पञ्चनामा/मुचुल्का/पी.एम.आर. को विवरण बारे जानकारी दिनुहोस् ।

**आत्महत्या / हत्या :** आत्महत्या कुनै शंका छ ? छ भने, सम्भावित कारणहरू र परिस्थितिहरू बारे जानकारी दिनुहोस् । हत्याको अवस्थामा, बीमितको कस्तो परिस्थितिमा हत्या गरिएको थियो ? कुनै अपराधी गिरफतार गरेर मुद्दा चलाईयो ? के मृतक बिमितमा आपराधिक पृष्ठभूमि थियो ? थियो भने कृपया एफ.आई.आर., प्रहरीको सोधपछि रिपोर्ट, पन्चनामा, मुचुल्का, पी.एम.आर. ईत्यादिको प्रमाणित प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्नुहोस् । .....

१६. मृतक बीमितको चिकित्सकको नाम निश्चित् गर्नुहोस् र विरामी/रोगबारे उपचार गर्ने अवसर पाएको थियो कि थिएन पूछताछ गर्नुहोस् । यदि उपचारको अवधिभन्दा पहिला बीमालेख पुनर्जागरण भएको भए, आवश्यक रोग निदानको विवरण, उपचारको सही अवधि र उपचार गरिएको विवरण (औषधीको पर्ची, परिक्षण सहित) प्राप्त गर्नुहोस् । (कृपया डाक्टरबाट पूरा सि.ओ.टी. प्राप्त गर्नुहोस् ।) डाक्टरहरूको नाम/मृतक बीमितलाई कुन अस्पतालमा परामर्श/उपचार/विशेष परिक्षणको लागि पठाईएको थियो सबै विवरणहरू प्राप्त गर्न प्रयास गर्नुहोस् ।

.....  
.....  
.....  
.....

१७. मृतक बीमितको आवसीय/व्यवसायिक स्थानको आसपासको अन्य चिकित्सकहरू र अस्पतालहरूको पूछताछको लागि कुनै पचि उपचार/विशेष परिक्षणको सम्भावना मृतक बीमितद्वारा आएको छ, खासगरी प्रस्ताव पुनर्जागरणको मितिदेखि पहिले ? रोगको मामलाका पत्रहरू/डिस्चार्ज सारांश/बी.एच.टी./प्याथोलोजिकल रिपोर्ट बारे निम्न तालिकामा परिणाम रिपोर्ट गर्नुहोस् ।

डाक्टर/अस्पतालको नाम	उपचार अवधि ...../अस्पतालमा बसेको ..... देखि ..... सम्म	रोगको निदान	अधिल्लो इतिहासको रिपोर्ट	सर्जीको विवरण/अन्य केही विशेष रिपोर्ट भए

१८. के मृतक बीमित एजेन्ट/मार्केटिङ रेप्रिजेन्टिभ/एजेन्सी मेनेजर/एम.ई. सँग सम्बन्ध थियो ?

.....  
.....  
.....

१९. सोधपूछ गरिएको र प्रश्नावलीमा नभएका जानकारी जसले दावी भुक्तानी निर्णयमा मद्दत हुनेछ ?

.....  
.....  
.....

२०. दावीको सन्दर्भमा कुनै शंका छ ?

.....  
.....  
.....

२१. दावी भुक्तानीको सन्दर्भमा निष्कर्ष र सिफारिस (के दावी भुक्तानी योग्य छ कि छैन)

.....  
.....  
.....

अनुसन्धान अधिकारीको नाम :

पद र वर्तमान पोस्टिङ :

स्थान :

मिति :

सही र छाप



लाइफ इन्श्योरेन्स कंपनी रिशन (नेपाल) लिमिटेड  
Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd.  
(A Joint Venture of Life Insurance Corporation of India)

To all to whom these present shall come.....

.....  
(Name of all Payees and Surety)

.....  
(Place of residence of payees)

Inhabitants send greeting whereas a policy of insurance numbered ..... for Rs. ....

was granted on .....(Date of policy) by the Life Insurance Corporation (Nepal) Ltd., established by the Company Act 2053 (hereinafter referred to as the corporation), on the life of .....

.....  
(Name of Policyholder)

and WHEREAS ..... (Policy No or Assignment Deed dated) .....

which was in the possession of ..... has been lost or  
(Name of Policyholder)

misplaced. And whereas the said Corporation has on the said .....

.....  
(Name or Names of Payees)

undertaking to enter into with the said Corporation a covenant of the nature hereinafter appearing agreed to pay to the said .....

.....  
(Name or Names of Payee/s)

..... the value of the said policy viz. Rs. ..... now know  
ye and these presents witness that in pursuance of the said agreement and in consideration of the said Corporation having agreed to pay the value of said Policy to the  
said .....

.....  
(Name of Names of Payee/s)

(the receipt whereof is hereby acknowledged) they the said .....

.....  
(Name of Payee/s and Surety)

..... do  
hereby for themselves, their heirs, executors or administrators Covenant with the said Corporation, its successors and assigns, that they the said .....

.....  
(Names of Payee/s and Surety)

their heirs, executors or administrators will from time to time and at all times save and keep harmless and indemnified the said corporations, its successors and assigns  
of and from all actions, suits, costs, claims and demands of whatever nature and kind so ever which may be instituted, preferred, claimed or made against the said  
Corporation, its successors or assigns by any person or persons by reason of his, her or their possession of or right to the said original .....  
by reason of anything in relation to the premises.

(Pol. No. or Assignment Deed Dated)