



यूनाइटेड इन्स्योरेन्स कं. (नेपाल) लि.

केन्द्रीय कार्यालय: ट्रेड टावर, चौथो तल्ला, थापाथली, पोष्ट बक्स नं. ९०७५, काठमाडौं, नेपाल

फोन: ५९९९९९९ (हण्टिङ्ग), फ्याक्स: ९७७-९-५९९९९९२

E-mail: uic@mail.com.np, Web: www.unitedinsurance.com.np

An ISO Certified Co.



ISO 9001:2008

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 बुझाई सक्नु पर्नेछ। पछाडि "औषधोपचार प्रमाण-पत्र" प्राप्त नभएसम्म दावीको लागि कम्पनी जिम्मेवार हुने छैन।

१) बीमित पूरा नाम:

ठेगाना: फोन नं. मोबाइल

२) कर्मचारी पूरा नाम:

घरको ठेगाना:

उमेर पेशा मासिक आमदानी

(यो रकम बीमितले आफ्नो कर्मचारीलाई दुर्घटना हुनुभन्दा पूर्व मासिक रूपमा तिर्दै आएको औशत रकम हो।)

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) कर्मचारीलाई जाँच्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना

६) (क) दुर्घटनाको एकल तथा प्रत्यक्ष कारणबाट
कर्मचारी पूर्णरूपले असक्षम भई कति
अवधिको लागि आफ्नो कार्य गर्न सकेन

(ख) के कर्मचारी अहिले पनि अशक्त छ, यदि छ
भने कहिलेसम्ममा काममा फर्किने आशा
गर्न सकिन्छ।

म/हामी यो यद्घोष गर्दछु/छौं कि माथि उल्लेखित कर्मचारीलाई माथि बयान गरिए बमोजिमको चोटपटक लागेको हो र मेरो/हाम्रो ज्ञानमा माथि लेखिएको व्यहोराहरू हरेक दृष्टिले साँचो छ।

मिति:

दस्तखत:



यूनाइटेड इन्स्योरेन्स कं. (नेपाल) लि.

केन्द्रीय कार्यालय: आई.जे. प्लाजा, तीनधारा पाठशाला, दरवार मार्ग, पो.ब.नं. ८०७५, काठमाण्डौ, नेपाल

फोन: ४२४६६८६ (हण्टिङ्ग लाइन), फ्याक्स: ८७७-१-४२४६६८७

E-mail: uic@mail.com.np, Website: www.unitedinsurance.com.np

कर्मचारी चिकित्सकबाट भर्नुपर्ने औषधोपचार प्रमाणपत्र

म प्रमाणित गर्दछु कि श्री श्रीमती लाई
मिति मा चोटपटक लागेको हो । उसको चोटपटक निम्नानुसारका छन् ।

१.

२.

यदि निजको चोटपटक अन्य अवस्थाको कारणले जटिल हुन गएको छ भने सो को विवरण उल्लेख गर्नुहोस् ।

१.

२.

निज पूर्णरूपले असक्षम छ र मिति सम्म असक्षम रहने छ ।

दस्तखत तथा

योग्यता.....

मिति.....

“पूर्ण रूपले असक्षम” भन्नाले जब कर्मचारी आफ्नो ब्यवसाय तथा पेशामा संलग्न हुन सक्षम हुदैन ।