



अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी  
संयुक्त राज्य अमेरिकामा संस्थापित, नेपाल दर्ता नं ६/०६२/०६३)  
नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, पो. ब. नं. ११५९०, काठमाडौं, नेपाल  
फोन नं. +९७७-१ ५५५५९६६, फ्याक्स नं. +९७७-१ ५५५५९७३

घातक बिमारी/ असक्तता

क्षतिको प्रमाण

(दुर्घटना / बिरामी दावी फारम)

अस्वस्थता दावी   
दुर्घटना दावी   
अशक्तता दावी

बीमालेख नं.....

**दावीकर्ताले भर्नुपर्ने**

बीमालेख मालिकको नाम ..... ठेगाना .....

बिरामीको नाम.....

बीमितसँगको नाता.....

बीमितको जन्ममिति ..... टेलिफोन / मोबाईल # .....

अशक्तता/रोग लाग्नुभन्दा पहिलेको व्यवसाय तथा काम .....

औसत साप्ताहिक आय .....

**भाग क: अस्वस्थता दावीको लागि मात्र**

रोगको प्रकृति ..... शुरुमा देखिएको लक्षण.....

के बिरामी पहिले कहिल्यै यो रोगबाट पीडित हुनुहुन्थ्यो? ..... (यदि हुनुहुन्थ्यो भने विवरण दिनुहोस) .....

सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम..... सल्लाह लिइएको मिति.....

अस्पतालको नाम .....

भर्ना मिति..... डिस्चार्ज मिति .....

**भाग ख : दुर्घटना/अशक्तता दावीको लागि मात्र**

दुर्घटनाको प्रकृति ..... दुर्घटनाको मिति तथा समय .....

कहाँ र कसरी दुर्घटना भएको हो?.....

दुर्घटनाको कारण तपाईंलाई कस्तो शारीरिक घाउचोट लागेको थियो?.....

कुन मिति देखि तपाईंले आफ्नो सम्पूर्ण पेशागत कार्य गर्न बन्द गर्नुभयो?.....

के तपाईंले अशक्त भएपछि कुनै काम गर्नुभएको छ ? ..... (यदि गर्नुभएको छ भने खुलाउनुहोस) .....

तपाईं कहिलेदेखि काममा फर्कने अपेक्षा गर्नुहुन्छ ?.....

अस्पतालमा बसेको (.....देखि .....सम्म) घरमा बसेको (.....देखि .....सम्म)

तपाईं कति समय सम्म अशक्त हुनुभयो ? पुर्णरूपमा:-.....(हप्ता) .....(दिन) आंशिक रूपमा:-.....(हप्ता) .....(दिन)

सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम..... सल्लाह लिइएको मिति.....

तपाईंको हालको अवस्थाको पूर्ण विवरण दिनुहोस् .....

**नोट:** यो खाली फारम, यस अन्तर्गतको दावी सम्बन्धमा कम्पनीलाई भएको प्रतिरक्षाको अधिकार छूट नहुने गरी र कुनै दुराग्रह विना बीमितलाई उपलब्ध गराइएको छ। तलको हस्ताक्षर कर्ताले उल्लेखित बीमाको दावी गर्छ तथा लिखित बयान एवं बीमितको उपचार गरेका वा बीमितलाई हेरेका सबै चिकित्सकहरुले दिएको बयानपत्र (affidavits) तथा यहाँ उल्लेखित निर्देशन अनुसार मागिएका अन्य सबै कागजातहरु(दुर्घटना/अस्वस्थता)बाट क्षतिको प्रमाण बन्दछ र ती सबै क्षतिको प्रमाणका अंग हुन।

**अधिकार पत्र (AUTHORIZATION)**

म प्रमाणित गर्दछु कि यस आवेदनका सबै बयानहरु मैले जाने बुझे सम्म पुर्ण र सत्य हुन र म वा मेरा परिवारका सदस्यहरुको बारेमा तथ्याङ्क वा जानकारी भएको सबै चिकित्सकहरु, अस्पतालहरु, क्लिनिकहरु, फार्मासिष्टहरु, लेबोरेटरीहरु, रोजगारदाताहरु र कुनै पनि संस्था वा व्यक्ति जो संग मेरो वा मेरो परिवारको कुनैपनि बीमित सदस्यहरुको बारेमा कुनैपनि र सबै स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सम्बन्धि पूर्व विवरण, चिकित्सकीय सल्लाह, जाँच, रोगको उपचार वा बिरामी सम्बन्धी तथ्याङ्कको नक्कल अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु। यस अधिकार पत्रको कुनै पनि प्रतिनिपिलाई सक्कल सरह मानिने छ।

दावीकर्ताको नाम..... हस्ताक्षर..... मिति.....

साक्षीको नाम..... हस्ताक्षर..... मिति.....



American Life Insurance Company  
 (Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)  
 Narayani Complex, Pulchowk  
 P.O. Box 11590, Kathmandu, Nepal  
 Tel: +977-1-5555166. Fax: +977-1-5555173

**Proof of Loss**  
**(Accident/ Sickness Claim Form)**

POLICY NO(s).....

SICKNESS CLAIM   
 INITIAL ACCIDENT   
 INITIAL DISABILITY

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY CLAIMANT**

Policy Owner's Name ..... Address .....

Name of Patient .....

Relation to the Insured .....

Date of Birth of the Insured ..... Telephone / Mobile # .....

Occupation & Duties prior to Disability / Sickness .....

Average earnings / income per week .....

**PART A : TO BE COMPLETED FOR SICKNESS CLAIM ONLY**

Nature of Ailment ..... Symptoms First Appeared .....

Has patient ever suffered previously from this ailment? ..... (If "Yes" explain) .....

Doctors consulted ..... Date consulted .....

Hospital Name .....

Date of Admission ..... Date of Discharge .....

**PART B : TO BE COMPLETED FOR INITIAL ACCIDENT/DISABILITY CLAIM ONLY**

Nature of Accident ..... Date & Time of Accident .....

Where and how did the Accident Occur? .....

What bodily injuries did you sustain caused by the accident? .....

On what date did you stop performing all your occupational duties? .....

Have you done any work since commencement of disability? ... (If "Yes" explain) .....

When do you expect to return to work .....

Hospital confined (from .....to.....) House confined (from ..... to ..... )

How long were you disabled? Totally ..... (Weeks) ..... (Days) Partially .....(Weeks) .....(Days)

Doctors consulted ..... Date consulted .....

Describe fully your present condition .....

**Note:** This blank is furnished to the Insured without prejudice to or waiver of any right of defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder. The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits of all physicians who attended or treated the Insured and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and are hereby made a part of this Proof and Loss (Accident / Sickness Claim).

**AUTHORIZATION**

I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and hereby authorize all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my insured family members to provide American Life Insurance Company any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as original.

Name ..... Claimant's Signature ..... Date .....

Witness (Name) .....Signature .....Date .....