



मिति (Date): / /

APPLICATION FOR INSURANCE CLAIM OF KUMARI PARIWAR SURAKSHYA BACHAT KHATA

Kumari Bank Limited

शाखा (Branch):

महोदय ,
यस कुमारी बैंक लिमिटेडमा बिगत महिना / वर्ष देखि कुमारी परिवार सुरक्षा बचत खाता खोला कारोबार गर्दै आएको छु । यस खातामा पाउने बिमा सुबिधाको दाबी भुक्तानीका निमित्त आवश्यक सम्पूर्ण कागजात तथा विवरणहरु यसै निवेदन को साथ सलमन गरि पेश गरेको छु ।

खातावालाको नाम (Accountholder's Name):

खाता नम्बर (Account Number) :

बिमा दाबी गरिएको ब्यक्ति वा सम्बन्धित परिवारका सदस्यको नाम :

(Name of person or accountholder's applicable family member for insurance claim)

खातावाला संगको नाता : स्वयम अथवा

(Relationship with accountholder)

बिमा दाबी गरिएको ब्यक्ति वा सम्बन्धित परिवारका सदस्यको हालको उमेर :

(Current age of person or accountholder's applicable family member for insurance claim)

बिमा दाबी गरिएको ब्यक्ति वा सम्बन्धित परिवारका सदस्यको जन्म मिति :

(Date of Birth of person or accountholder's applicable family member for insurance claim)

बिमा दाबीको प्रकार (Type of Insurance Claim) :

- दुर्घटना मृत्यु तथा स्थायी पूर्ण अशक्तता (Accidental Death and Permanent Total Disability)
- स्वास्थ्य बिमा (Medical Insurance)
- घातक रोग (Critical Illness)

बिरामीको किसिम (Type of illness):

यस अघि बिमा दाबी गरिएको भए सो को मिति :/...../.....

यस अघि बिमा दाबी गरिएको भए सो को प्रकार :

- दुर्घटना मृत्यु तथा स्थायी पूर्ण अशक्तता (Accidental Death and Permanent Total Disability)
- स्वास्थ्य बिमा (Medical Insurance)
- घातक रोग (Critical Illness)

यस अघि बिमा दाबी गरिएको भए सो दाबी बापत प्राप्त रकम :

बैंकको सुविधा अनुसार पाउने सम्पूर्ण रकम माथि उल्लेखित कुमारी परिवार सुरक्षा बचत खातामा दाखिला गरिदिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

Signature दस्तखत :

खातावालाको / निवेदकको नाम :

सम्पर्क ठेगाना :

मोबाइल नम्बर :

खातावाला र निवेदक बिचको सम्बन्ध (फरक व्यक्ति भएमा) :

कार्यालय प्रयोजनका लागि (For Official Use Only)

Account Opening Date:

Last 3 Months Average Balance or Average Balance from Account Opening Date (whichever comes earlier):

In Figure: NPR In Words:

Verifying Authority of Bank:

Stamp

Received By

.....

(Signature)

.....

(Signature)

Name:

Name:

Designation:

Designation:

Branch:

Branch:

Enclosed Documents for Insurance Claim (Please ✓ Submitted Documents):

1. Claim form of Insurance
2. Citizenship copy of account holder
3. Citizenship copy of applicable insured family members
4. Relationship certificate with account holder
5. Birth Registration Certificate (If applicable)
6. Prescription / OPD Book No. of Pages: _____
7. Hospital Discharge Summary
8. Lab Test Report
9. Cash Payment Bill No. of Bills Submitted: _____
10. Others:

a. _____

b. _____

c. _____