

युवा तथा साना व्यवसायी स्वरोजगार कोष
बिमा दावी फाराम

१. बिमकको नाम :
 २. ऋणीको नाम:
 ३. ऋणप्रवाहगर्ने संस्थाको नाम:
 ४. बिमालेख नं
 ५. बिमाअवधि:
 ६. बिमाङ्क रकम:
 ७. बिमाशुल्क: भुक्तानी मिति: रसिद नं.
 ८. बिमा रक्षावरण गरिएको सम्पति:
 ९. बिमित ऋणीको मृत्यु भएको अवस्थामा:-
 - क) मृत्यु भएको मिति :
 - ख) मृत्युको कारण :.....
 - ग) औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना
 - १० बिमित ऋणीको दुर्घटनाबाट स्थायी अंगभंग/अशक्तता भएको अवस्थामा
 - क) दुर्घटना मिति :
 - ख) स्थायी अंगभंग/अशक्तता कारण:
 - ग) शरीरको कुनै भाग स्थायी अंगभंग/अशक्त भएको:
 - घ) औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना
 ११. बिमित सम्पति/व्यवसायको हानी नोक्सानी भएमा:
 - क) सम्पतिमा हानी नोक्सानी भएको मिति:
 - ख) नोक्सानीको कारण
 - ग) क्षतिको विवरण:
 - घ) अनुमानित क्षति भएको रकम रु.
 - ङ) सम्बन्धित प्राविधिक तथा स्वास्थ्य संस्थाको नाम:
 - च) क्षति निर्धारणगर्ने सर्भेयरको नाम
- माथि उल्लेखित विवरण ठीक तथा सत्य हो फरक परेमा बिमाको नियम अनुसार भएमा दावीउजुर गर्ने छैन ।
- दावीकर्ता/नीजको प्रतिनिधिको सही:
- नाम:
- ठेगाना:
- मिति:

ऋण प्रवाहगर्ने बैंक, वित्तीय संस्था तथा सहकारी संस्थाको तर्फबाट सहि छाप गर्ने	
अधिकारीको हस्ताक्षर: नाम थर: पद: मिति:	कार्यालयको छाप
कर्जा असूली उप-समितिको तर्फबाट:	
सदस्य सचिवको हस्ताक्षर नाम थर: पद: मिति:	संयोजक/सदस्यको हस्ताक्षर नाम थर: पद: मिति: