

उपचारमा संलग्न चिकित्सक (डाक्टर) ले भर्ने मेडिकल सिफारिस

म श्री/श्रीमती/सुश्री विरामी/घाइते भई
उपचार गराएको प्रमाणित गर्दछु।

विरामी/घाइतेको अवस्था विवरण:
.....
.....

चिकित्सकको नाम, थर :

चिकित्सकको हस्ताक्षर :

NMC रजिष्ट्रेशन नं. र छाप :

मिति :

अस्पतालको छाप

म माथि उल्लेखित दुर्घटनाबाट चोटपटक लागि/घाइते भई विरामी परेको साथै मलाई थाहा भएसम्म/मैले जानेसम्म सबै
विवरण ठीक साँचो भएको स्वीकार गर्दछु। माथि उल्लेखित रकम कुनैपनि निकाय वा बीमा कम्पनीमा दाबी नगरेको
स्वघोषणा गर्दछु।

पुनश्च : मैले निम्न कागजातहरु यसै फाराम साथ पेश गरेको छु :

- क) डिस्चार्ज समरी (अस्पताल भर्ना भएको भए),
- ख) औषधोपचारको सक्कल बिल र प्रेस्कृप्सनहरु,
- ग) ल्याव रिपोर्ट तथा अन्य सक्कल रिपोर्टहरु,
- घ) कर्मचारीको नागरिकता, परिचयपत्रको प्रतिलिपि,
- ङ) कार्यरत कार्यालयको दुर्घटना सिफारिश पत्र
- च) दुर्घटनाको हकमा सक्कल प्रहरी प्रतिवेदन (दुर्घटनाको प्रकृति अनुसार)

छ) दुर्घटनाबाट मृत्यु भएमा :

- १) हकवालाको निवेदन, नागरिकता, नाता प्रमाणित पत्र (नाता नखुलेको अवस्थामा मात्र),
- २) मृत्युदताको प्रमाणित प्रतिलिपि, मृतकको नागरिकताको प्रमाणित प्रतिलिपि,
- ३) पोष्टमार्टम रिपोर्ट, घटनास्थल प्रकृति मुचुल्का, लास सनाखत पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि,
- ४) अस्पतालबाट जारी भएको मृत्यु प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि,
- ५) हकवालाको परिचय खुल्ने प्रमाणपत्र (नागरिकता) तथा एकाघर परिवारको नाता प्रमाणित पत्र।
- ६) बीमित/हकवालाको बैंक खाता नं., शाखाको विवरण सहित (चेकको बुझ्ने फोटोकपि)

कार्यालयको नाम र छाप

मिति

दाबीकर्ताको हस्ताक्षर



राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड

रामशाहपथ, काठमाडौं
(नेपाल सरकारको स्वामित्व प्राप्त)

दाबीका लागि आवश्यक कागजातहरू/विवरण (स्थायी/अस्थायी पूर्ण अशक्तता र औषधिउपचार)

मिति:.....

बीमितको नाम : नेपाल सरकार, संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय, सिंहदरवार, काठमाण्डौं ।

कर्मचारीको नाम/पद :

कार्यरत कार्यालयको नाम र ठेगाना:

दाबी प्रक्रियालाई छिटो, छरितो र सेवामुखी बनाउन बीमालेख (पोलिसी) नं. KTM/MISC/GPA/F/78/79/00185 अन्तर्गत सामूहिक दुर्घटना बीमा भएका बीमित निजामती कर्मचारीहरूले यस बीमालेख अन्तर्गत बीमा दाबी गर्दा देहाय बमोजिम कागजात तथा विवरणहरू पेश गरिदिनु हुन हार्दिक अनुरोध गर्दछौं ।

	स्थायी/अस्थायी पूर्ण अशक्तता भएमा दुर्घटना पुष्टाई गर्ने कागजातहरू :	छ	कैफियत
१	बीमितको निवेदन (दुर्घटना भएको ३५ दिन भित्र/ ढिलो भएमा कारण खुलाई निवेदन)		
२	बीमित कर्मचारीको नागरिकता र कर्मचारी परिचयपत्रको प्रतिलिपि		
३	औषधोपचारको प्रेस्कृप्सन तथा डिस्चार्ज स्लिप, औषधि खरिदका सक्कल विलहरू (बिक्रेताको नाम PAN No. प्रष्ट उल्लेख भएको, क्रेताको नाम प्रष्ट भएको)		
४	प्रेस्कृप्सन बमोजिमका ल्याब टेष्ट, X-RAY (प्याथोलोजी/रेडियोलोजी) आदिको सक्कल रिपोर्ट		
५	दुर्घटना प्रमाणित प्रहरी रिपोर्टको प्रतिलिपि		
६	सवारी एकआपसमा ठक्कर लागि भएको दुर्घटनामा प्रहरी कार्यालयमा मिलापत्र भएको भए सोको प्रमाणित प्रतिलिपि, चालक लाईसेन्स तथा सवारीका कागजातहरू		
७	दाबी फारम (फारम पूरा भरी सोमा उपचार गरेको अस्पतालको छाप, डाक्टरको दस्तखत र एन.एम.सि. नम्बर सहितको छाप, कर्मचारी कार्यरत कार्यालयको नाम र छाप, अधिकार प्राप्त कर्मचारीको हस्ताक्षर, दाबीकर्ताको हस्ताक्षर हुनुपर्नेछ)		
८	बीमित/हकवालाको बैंक खाता नं., शाखाको विवरण सहित (चेकको बुझिने फोटोकपि)		

उपरोक्तानुसार माग गरिएका कागजातहरू प्रतिलिपि भएमा प्रमाणित प्रतिलिपि पेश गर्नुपर्नेछ ।

पुनश्च: दाबी फर्छौटको लागि राष्ट्रिय बीमा कम्पनीले कार्डेक्स (CARDEX) तथा अन्य कागजातहरू आवश्यकता अनुसार थप माग गर्न सक्नेछ ।

विविध दाबी विभाग

सम्पर्क नं.: ०१-४२५८८६६, Ex. २०५, २०६

website: www.rbcl.com.np

E-mail: nl.misc@rbcl.gov.np



राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड
रा.बी.कं. भवन, रामशाहपथ, काठमाडौं, नेपाल
फोन: ०१-४२५८८६६ फ्याक्स ०१-४२५८७२९
E-mail: info@rbcl.gov.np, Website: www.rbcl.gov.np

दाबी फाराम

(संघीय निजामती सेवामा कार्यरत कर्मचारीहरूको सामुहिक दुर्घटना बीमा)

नेपाल सरकार, संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालयको नाममा संघीय निजामती सेवामा कार्यरत कर्मचारीहरूको सामुहिक दुर्घटना बीमा यस कम्पनीमा गरिएकोमा सोको निम्न बमोजिम दाबी फाराम र आवश्यक कागजात सहित तोकिएको समय भित्र दाबी पेश गरेको छु।

बीमितको नाम : सङ्घीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय, सिंहदरवार।		बीमालेख नं. : KTM/MISC/GPA/F/78/79/00185	
		बीमा दाबी नं. :	
		बीमा दाबी मिति :	
१	कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण		
	नाम थर :		
	श्रीमान्/श्रीमती/हकवालाको नाम थर :		
	स्थायी ठेगाना :		
	कार्यरत कार्यालयको नाम :		
	कार्यरत कार्यालयको ठेगाना :		
	कर्मचारीको परिचयपत्र/संकेत नं. :		
	मोवाइल/सम्पर्क नं. :		
२	दुर्घटना सम्बन्धी विवरण		
	दुर्घटना भएको मिति र समय :		
	दुर्घटना भएको स्थान :		
	दुर्घटनाको कारण :		
३	अस्पताल भर्ना/उपचार भएको भए विवरण		
	अस्पतालको नाम :		
	अस्पताल भर्ना भएको मिति :		
	अस्पतालबाट डिस्चार्ज (फिर्ता) भएको मिति :		
४	दाबीको विवरण :		
	विवरण	अधिकतम सीमा	दाबी रकम रु. (कम्पनीले गर्ने)
	क) मृत्यु दाबी	१०,००,०००/-	
	ख) स्थायी अंगभंग दाबी	१०,००,०००/-	
	ग) पार्थिव शरीर व्यवस्थापन खर्च दाबी	१०,०००/-	
	घ) काज किरिया खर्च दाबी	५०,०००/-	