



®

प्रभु इन्स्योरेन्स लि.

तिनकुने, काठमाडौं, नेपाल | फोन: ९७७-९-४४९२२२०, ४४९२२२६ | फ्याक्स: ९७७-९-४४९२६४७
इमेल: info@prabhuinsurance.com | वेब साइट: www.prabhuinsurance.com

protecting your future.

बीमित : नेपाल बिद्युत प्राधिकरण		बीमा दावी पोलिसि नं.	KTM/GPA/01/00082/072-073
१.	बीमा दावी नं. :	बीमा दावी मिति :	
२.	कर्मचारीको पद नाम थर :		
	श्रीमान्/श्रीमती/आश्रितको नाम थर :		
	ठेगाना	घर :	
		कार्यालय :	
	कर्मचारी दर्ता नं. :	मोवाइल नं.	
३.	दुर्घटना भएको भए :		
	दुर्घटना भएको मिति र समय		
	दुर्घटना भएको स्थान		
	दुर्घटना भएको कारण		
४.	बिरामी भएको भए :		
	रोगको नाम र प्रकृति		
	रोग पहिचान भएको मिति		
५.	हस्पिटल भर्ना सम्बन्धमा :		
	हस्पिटलको नाम		
	हस्पिटल भर्ना भएको मिति		
	हस्पिटलबाट फिर्ता भएको मिति		
	मुख्य डाक्टरहरूको नाम थर		
६.	दावीको विवरण :		
कृपया सबै विवरण स्पष्टसँग भर्नु भई सक्कल डिस्चार्ज समरी, बिल रसिद, प्रेस्क्रिप्सन तथा अन्य रिपोर्ट साथै डाक्टरको सिफारिस सहित दावी पेश गर्नु होला ।			
७.	विवरण	अधिकतम सीमा	रकम रु.
	दुर्घटना बीमा	२,२५,०००।००	
	औषधी उपचार बीमा दावी	५५,०००।००	

म/मेरो आश्रितमाथि उल्लिखित रोग/दुर्घटनाबाट बिरामी परेको साथै मलाई थाहा भएसम्म र जानेसम्म सबै विवरण साँचो भएको स्वीकार गर्दछु ।
माथि उल्लिखित रकम कुनै पनि निकाय तथा बीमा कम्पनीमा दावी नगरेको स्वीकार गर्दछु ।

कम्पनीको छाप

दावीकर्ताको सही

मिति

मैले निम्न कागजातहरू यसै फारम साथै पेश गरेको छु ।

- १) डिस्चार्ज सिट साथै डिस्चार्ज बिल ।
- २) औषधिको बिल साथै प्रेस्क्रिप्सनहरू ।
- ३) अन्य रिपोर्ट, बिल तथा कागजातहरू ।
- ४)
- ५)
- ६)
- ७)

सदस्य डाक्टरले भने मेडिकल सर्टिफिकेट

म श्री/श्रीमती बिरामी/घाइते भई उपचार गराएको प्रमाणित गर्दछु ।

रोग/घाइतेको विवरण :

डाक्टरको नाम :

डाक्टरको सही :

रजिष्ट्रेशन नं. :

मिति :