

नेपाल विद्युत प्राधिकरण
जनसाधन विभाग
कर्मचारी कल्याण महाशाखा
वीमा तथा औषधोपचार खर्च दावी फाराम

१. व्यक्तिगत विवरण

- (क) कर्मचारीको नाम :..... (ख) पद :.....
- (ग) लिंग :..... (घ) उमेर.....
- (ङ) कार्यरत कार्यालय :.....
- (च) कर्मचारीको बैंक खाता नम्बर(एनआईसी एसिया बैंक) :.....
- (छ) पान नं.....
- (ज) बिरामीको बैंक खाता नम्बर(एनआईसी एसिया बैंक) :.....
- (झ) कर्मचारी वा बिरामीको जन्म मिति :.....
- (ञ) कर्मचारीसंगको नाता :.....
- (ट) मोबाईल नं./इमेल :.....

२. यदि दुर्घटनाबाट घाइते भएमा

- (क) दुर्घटना भएको मिति र समय :.....
- (ख) भर्ना भएको मिति :.....
- (ग) डिस्चार्ज भएको मिति :.....
- (ग) बिरामी भएको अवधि देखी..... सम्म.....

३. बिरामी भएको अवस्थामा

- (क) रोगको नाम :.....
- (ख) रोगको प्रकृति :.....
- (ग) रोग पहिचान भएको मिति :.....
- (घ) भर्ना भएको मिति :.....
- (ङ) डिस्चार्ज मिति :.....

४. उपचारमा संलग्न

- (क) चिकित्सकको नाम (सम्भव भएसम्म):.....
- (ख) NMC No.(सम्भव भएसम्म) :.....
- (ग) अस्पतालको नाम र ठेगाना :.....

५. अस्पतालमा भर्ना भएमा :

नोट :- यो बीमा दावी तथा औषधी उपचार खर्च दावी फाराम भर्दा सबै विवरण स्पष्टसंग भर्नु भई प्रेस्कृप्सन, ओ.पि.डि कार्ड, डिस्चार्ज समरी, बिल रसिद, तथा अन्य रिपोर्ट सहित दावी पेश गर्नुहोला ।

अस्पताल भर्ना भएमा उपचार लागत

(क) कोठा तथा नर्सिङ शुल्क	रु.....
(ख) चिकित्सक तथा विशेषज्ञ शुल्क	रु.....
(ग) शल्यक्रिया	रु.....
(घ) वरिष्ठ विशेषज्ञ शुल्क तथा सेवा र विशेषज्ञको क्लिनिकमा परिक्षण गर्दा लागेको रोग पहिचान खर्चहरु जस्तै: ECG, USG, CT Scan, MRI, X-RAY, Pahtology Test	रु.....
(ङ) साधारण चिकित्सक शुल्क	रु.....
(च) औषधीहरु	रु.....
(छ) अन्य	रु.....

कुल जम्मा :.....

दावीकर्ताको हस्ताक्षर :.....

नाम :.....

मिति :.....



कार्यालयको छाप :

१. बीमा दावी प्रक्रिया :

- बीमा दावी फारम अनिवार्य रूपमा भरेको हुनुपर्ने
- कार्यरत कार्यालयको सिफारिस पत्र
- विरामी भर्ना भई उपचार गरेको हकमा अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले २९ दिन र ओपिडी तथा ईमरजेन्सीमा उपचार गराएको हकमा सो को २९ दिन भित्रमा ने.वि.प्रा कर्मचारी कल्याण महाशाखामा दावी दर्ता गरिसक्नु पर्ने
- दावी सम्बन्धी कागजात २९ दिनभित्र पेश गर्न नसक्ने अवस्था भएमा देहायबमोजिम विद्युतीय माध्यमबाट बीमा दावी पेश गरी कर्मचारी कल्याण महाशाखामा जानकारी गराउनुपर्नेछ, र कागजातको सक्कल प्रति उक्त अवधि पछि अनिवार्य रूपमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

EMAIL : neakalyan777@gmail.com,

smriti.nepal@nicasiabank.com, anjali.ligal@nicasiabank.com

WHATSAPP/VIBER : 9851221663, 9803040412

२. बीमा दावी गर्दा अनिवार्य पेश गर्नुपर्ने कागजातहरु :

(अ) औषधी उपचारको हकमा

- भर्ना पूर्व चेकजाँच र भर्ना भई सकेपछि चिकित्सकले लेखिदिएको प्रेस्कृप्सनहरु
- औषधी खरिदका लागि चिकित्सकको प्रेस्कृप्सन, सक्कल बिल तथा रिपोर्टहरु
- विभिन्न परिक्षण तथा औषधी सम्बन्धी अस्पतालका सक्कल बिलहरु
- ओ.पि.डि कार्ड वा इमरजेन्सी टिकट सहित डिस्चार्ज सर्टिफिकेट, डिस्चार्ज समरी शीट र आकस्मिक उपचारका सम्पूर्ण कागजातहरु
- आश्रित परिवारको हकमा नाता खुल्ने आधिकारिक कागजात
- आश्रित परिवारको हकमा जन्ममिति खुल्ने आधिकारिक कागजात

(आ) दुर्घटनाको हकमा

- प्रहरी प्रतिवेदन
- घटनास्थलको मुचुल्का, फोटोहरु
- दुर्घटना परि मृत्यु भएको खण्डमा (पोष्टमार्टम रिपोर्ट, मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र र मृतकको नागरिकता प्रमाणित)
- हकवालाको नागरिकता प्रमाणित
- अस्पताल लगेको खण्डमा इमर्जेन्सी टिकट/मृत्यु प्रमाणपत्र



(साविक: आइएमई जनरल इन्स्योरेन्स लिमिटेड र प्रुडेन्सियल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. एक आपसमा गाभिएर बनेको बीमा कम्पनी)

प्रधान कार्यालय: नारायण चौर, नक्साल, पोष्ट बक्स नं. २१७४६, काठमाडौं, नेपाल

फोन नं. ०१-४२११२१०, ४२११२२०, ४२११७३५, ४२२५५०८, ४२२५५०९

टोल फ्री नं. १६६० ०१ ७९ ३५३, फ्याक्स: ०१-४२११७३६

E-mail: info@igiprudential.com, Web: www.igiprudential.com

GROUP MEDICAL INSURANCE CLAIM FORM

This form is issued without admission of liability and should be completed and return to **IGI Prudential Insurance Limited** Kathmandu as soon as possible and if any event within 30 days of commencement of illness or date of accident.

POLICY NO:		HOSPITAL NAME:	
TABLE OF BENEFIT NO:			
INSURED NAME:		BRANCH :	
ADDRESS:		PHONE NO :	
EMPLOYEE'S NAME:		DESIGNATION :	
NAME OF THE DEPENDENT :		RELATIONSHIP :	
DATE OF BIRTH: (Patient)		CAUSE OF ILLNESS:	
		EXPENSES DETAILS	
S. N.	Particulars (Domiciliary)	Amount (Rs)	
1	Doctor's Fee		
2	Medicine Bills		
3	Pathology Charges		
4	X-Ray Charges		
5	Bed Charge		
6	Surgical Charges		
7	Other Charges		
		Total (Figure) NRs:	

Amount in Words: _____

S. N.	Particulars (Hospitalization)	Amount (Rs)	
1	Doctor's Fee		
2	Medicine Bills		
3	Pathology Charges		
4	X-Ray Charges		
5	Bed Charge		
6	Surgical Charges		
7	Other Charges		
		Total (Figure) NRs:	

Amount in Words: _____

I declare that I have/my dependent has suffered the above described injuries/illness and that to the best of my knowledge And belief the forgoing particulars are in every respect true. I also declare that there is no other insurance or other source to recover the item claimed.

Official Stamp:

Claimant's Signature: _____

Name: _____

Verified by

Name:

Designation:

Date: