



भिमसेनथापा गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
खान्चोक, गोरखा  
गण्डकी प्रदेश, नेपाल

फोन नः ९८५६०१००४५

ईमेल:

[bhimsenthapagaupalika@gmail.com](mailto:bhimsenthapagaupalika@gmail.com)

[info@bhimsenmun.gov.np](mailto:info@bhimsenmun.gov.np)

website: [www.bhimsenmun.gov.np](http://www.bhimsenmun.gov.np)

पत्र संख्या: ०७९/०८०

च.नं १९७५

मिति: २०८०/०२/१९

**विषय:- सामुहिक दुर्घटना बीमा सम्बन्धमा ।**

प्रस्तुत विषयमा यस भिमसेनथापा गाउँपालिका र राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड बिच मिति २०८०/०२/१५ गतेको दिन १६९६८ जना पालिकाबासीको प्रति व्यक्ति रु ५० हजार बराबरको सामुहिक बीमा गर्ने सम्बन्धमा समझदारी पत्रमा हस्ताक्षर भई मिति २०८० जेष्ठ १५ गते गणतन्त्र दिवसको दिन देखि बीमा लागु भएको व्यहोरा सम्पूर्णलाई जानकारी गराउँदछौं । कुनै दुर्घटना भई घाइते वा मृत्यु भएमा बीमा पोलिसिमा उल्लेख भए अनुसार बीमा दावी, भुक्तानी माग गर्न यसै साथ संलग्न पत्र वमोजिमको कागजात सहित १५ (पन्ध्र) दिन भित्र गाउँपालिकाको कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहुन अनुरोध गर्दछौं ।

थप जानकारीको लागि: फोकल पर्सन कुमार सुर्खेती (९८६००४१६३० / ९८२६१४३९७८)

  
२०८०/०२/१९

चित्र बहादुर अधिकारी

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत



## राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड -

रामशाहपथ काठमाडौं

नेपाल सरकारको स्वामित्व प्राप्त

Website : [www.rbcl.gov.np](http://www.rbcl.gov.np)

विभाग : दावी विविध - दुर्घटना बीमा दावी पुष्टि गर्ने कागजातहरु

[nl.misc@rbcl.gov.np](mailto:nl.misc@rbcl.gov.np)

### • बीमित बाट :

- दावी जानकारी निवेदन/
- जानकारी दिन ढिलो भएमा - प्रष्ट कारण खुल्ने निवेदन - ३५ दिन भित्र
- कर विजक सहितको बीमालेख
- बीमित/कार्यालयको प्रमाणित दावी भुक्तानी माग/सिफारिस गरिएको चिठी

### • सम्बन्धित कार्यालयबाट :

- कर्मचारी दुर्घटनाको कारणले विदा लिएको भए अवधि/तलब भत्ता प्रमाणित पत्र
- संबन्धिता पत्र, हाजिरी रेकर्ड
- बीमित/कार्यालयको प्रमाणित दावी भुक्तानी माग/सिफारिस गरिएको चिठी

### • दावीकर्ताबाट :

- सम्बन्धित दावीकर्ताको परिचय खुल्ने कागजात
  - नागरिताको प्रतिलिपि
  - कार्यालयको परिचय पत्र
  - दावीको लागि व्यक्तिगत निवेदनका साथमा दावीकर्ताको सम्पर्क नम्बर/ठेगाना

### ● पूर्ण रुपमा भरिएको दावी फाराम

उपचार गरेको अस्पतालको छाप, डाक्टरको दस्तखत सहित एन एम सि नम्बर उल्लेख भएको हुनुपर्ने,

### • अस्पतालबाट :

- औषधिउपचारको प्रेस्कृप्सन, डिस्चार्ज स्लिप सक्कल तथा कार्डेक्सको प्रमाणित प्रतिलिपि
- प्रेसकृप्सन, डिस्चार्ज स्लिप, कार्डेक्स बमोजिमका
  - प्यान नं. उल्लेख भएको क्रेता/विक्रेताको नाम सही र छाप प्रष्ट भएका औषधि खरीदका वील
  - ल्याव टेष्ट तथा एक्सरेहरुको सक्कल रिपोर्ट

### • प्रहरी कार्यालयबाट :

- दुर्घटना प्रमाणित प्रहरी रिपोर्टको सक्कल पत्र
- घटनास्थल मुचुल्का लगायत का प्रहरीद्वारा जारी घटना प्रमाणित गर्ने अन्य कागजात

### • यस कार्यालयले समयसमयमा माग गरेका अन्य कागजातहरु

द्रष्टव्य : दावी सम्बन्धि आवश्यक सम्पूर्ण कागजात पेश गरेको मितिले १५ दिन भित्र दावी प्रक्रिया सुचारु भई सोही समयभित्र भुक्तानी फछ्यौट कार्य हुने भएकोले सम्बन्धित बीमित/दावीकर्ताहरुले सोही अनुसार गर्नुहुनेमा यस राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड - दावी विभाग- विविध विश्वस्त रहेको छ ।

# RASTRIYA BEEMA COMPANY LIMITED

## PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

INCLUDING SICKNESS (HOSPITALIZATION CASE ONLY)

Policy No. ....

Claim No. ....

This form is issued without admission of liability and must be completed and returned within seven days after its receipt. No claim can be admitted unless the MEDICAL CERTIFICATE OVERLEAF is furnished.

### INSURED

1. Name in full \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Tel. No \_\_\_\_\_

### EMPLOYEE

2. Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
Occupation \_\_\_\_\_ Tel./Mobile No. \_\_\_\_\_  
Home address \_\_\_\_\_

The average weekly amount paid by the insured to the Employee during the twelve months preceding the accident or during any shorter period of employment.

3. If an accident	
(a) Date and Time of accident	_____
(b) Where did it occur?	_____
(c) Details of the cause	_____
(d) Injuries sustained	_____
4. If an illness	
(a) Date and time of admission to hospital	_____
(b) Details of illness	_____
5. Name and address of any Witness	_____
6. (a) Name and address of doctor who attended employee	_____
(b) Name and address of employee's ordinary medical attendant	_____
7. (a) Period during which employee has been totally disabled for work as the sole and direct result of the accident/illness	_____
(b) Is employee still disabled? If so, when does the expect to return to work?	_____

### 8. Details of Claim

Please fill up the items under which the benefits are claimed in respect of the above illness/accident giving amount claimed and closing receipt, bills, prescription and have the certificate completed by the Doctor giving the medical attention in respect of which a claim is made:

Benefit No.	Description of tTreatment Received	Cost of Treatment
A	Surgeon's and /or anaesthetist Fees	
B	Specialist and /or Pathologist Fees	
C	Charges for Nurses cabin etc.	
D	Charges for X-Ray and/or electric and/por massage	
E	Cost of any surgical appliances	
F	Cost of Medicines and drugs	
G	Pricate Doctor's Fees	
H	Charges for Acupunture	

**MEDICAL CERTIFICATE TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE'S DOCTOR**

I CERTIFY that \_\_\_\_\_

was ill/injured on \_\_\_\_\_

His illness/injuries are \_\_\_\_\_

If his illness/injuris are complicated by any other conditions, give details \_\_\_\_\_

He is totally disabled and will be so disabled until \_\_\_\_\_

Signature of Doctor:

Name of Doctor :

NMA No. :

Qualification :

Specialist :

Date: .....

**Total Disablement occurs when the Employee is wholly prevented from attending to his business or occupation.**

I DECLARE that I have/my dependent/my employee has suffered the above described injuries/illness and that the best of my knowledge and belief the foregoing particulars are in every respect true. I declare there is not other insurance or other source to cover the items claimed. I also declare his/her salary and leave during the aforesaid Accident is as follows.

Salary -per month) : Rs

Leave (from/to) :

Signature :

Name :

Designation :

Office Stamp :

Date :