



सामूहिक औषधोपचार बीमा दाबी फाराम

औषधोपचार बीमालेख नं.
(Policy No.)

सुविधातालिका नं.
(Table of Benefit No.)

यो दाबीफारम दुर्घटना वा बिरामीभई औषधोपचार गरेको ३० दिनभित्र भरी सानिमाइन्स्योरेन्स कम्पनी लि. मा पेश गर्नु पर्नेछ।

१. कर्मचारीको नाम: जन्म मिति:

बिरामीको नाम: नाता: जन्ममिति:

कार्यालयको नाम: दर्जा

ठेगाना: फोन नं.

२. यदि दुर्घटना भई बिरामीभएको भए:

दुर्घटना भएको मिति र समय:

दुर्घटना भएको स्थान:

दुर्घटनाको विवरण:

दुर्घटना भई उपचार गर्नु परेको विवरण :

३. यदि कुनै रोगलागि उपचार गर्नु परेको भए :

रोगको विवरण:

रोगपत्तालागेको मिति:

४. उपचारको विवरण:

चिकित्सकको नाम र ठेगाना :

अस्पतालमा भर्ना भई औषधोपचार गरेको भए:

चिकित्सकवा विशेषज्ञको नाम:



५. दाबीको विवरण:

कृपया यो दाबीफारामतलदिइएको बीमालेखमाउल्लेख भएअनुसार कभर भएकाबुँदाहरुमा दुर्घटना/विरामीभई उपाचार गर्दा खर्च भएको रकमको सक्कलबिल, चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सनवाचिकित्सकले दिएको प्रमाणित कागजातआदि संलग्न गरी पेश गर्नु होला ।

सुविधा नं.	विवरण	औषधोपचार खर्चको रकम
क)	शल्यचिकित्सक र एनेस्थेटिष्टको शुल्क,ओ . टि. शुल्क	
ख)	विशेषज्ञको शुल्कको साथै एक्सरे, इ.सी.जी.आदिप्याथोलोजिकल परीक्षण	
ग)	नर्सिङ्ग शुल्क, कोठाको शुल्क	
घ)	स्वास्थ्यव्यवसायी - (चिकित्सक) को शुल्क	
ड)	औषधितथा सुई	

म घोषणा गर्दछु कि माथिउल्लेख भएको विवरणहरु मैले जाने बुझेसम्म र मलाई थाहाभएअनुसार सत्य हो ।

कार्यालयको छाप :

नाम :

दाबीकर्ताको सही:

.....

प्रमाणित गर्नेको सही :

नाम :

कार्यालयको प्रयोजनको लागि

१०० %

पाउने

.....

दाबीकर्ताले

खुद रकम रु.