



# शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

शिखर बिज सेण्टर, थापाथली, काठमाण्डौ  
पोष्ट बक्स नं.: १०६९२, काठमाण्डौ  
टेलिफोन नं. : +९७७-१-४२४६९०९  
ई-मेल: shikharins@mos.com.np

## कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमा दाबी फाराम निवेदन

बीमालेख नं..... दाबी नं.....

यो फाराम दाबीकर्ताले पूर्ण रूपमा भरेर कम्पनीमा बुझाउनु पर्नेछ। साथै संलग्न बमोजिमको कोरोना भाइरस (COVID-19) रोगको डाक्टरबाट PCR (Polymerase Chain Reaction) परिक्षण (Test) पुष्टी भएको रिपोर्ट साथै बीमालेखमा उल्लेख भए अनुसारका कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ।

### १. दाबीकर्ताको विवरण:

पूरा नाम थर	लिङ्ग	उमेर	बीमाङ्क रकम	कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय

### २. उपचार गरेको भए उपचारमा संलग्न चिकित्सक प्राविधिक र अस्पतालको विवरण:

चिकित्सक/स्वास्थ्य कार्यकर्ताको पूरा नाम थर	टेलिफोन/मोबाइल नं.	अस्पतालको नाम ठेगाना	कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय

म/हामी घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि माथि उल्लेख भए बमोजिमको रोग लागेको हो र माथिको सम्पूर्ण विवरण साँचो छ। यदि मैले हामीले कुनै गलत झुठ विवरण दिएको भए वा कुनै सत्य तथ्य लुकाएको भए वा अन्य कुनै कम्पनीमा दोहोरो बीमा गराएको भए यो बीमालेख खारेज हुने कुरा तथा विगतमा भएका वा भविष्यमा हुन सक्ने रोग बापतको क्षतिपुर्ति नपाउने कुरा स्वीकार गर्दछु गर्दछौं।

#### दाबीकर्ता/हकवालाको

नाम:

सहि:

मिति:

#### संस्था भएमा

संस्थाको नाम:

संस्थाको छाप:

आधिकारिक दस्तखत:

मिति:

#### नोट:

दाबी फारामका साथ सम्बन्धित कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको भन्ने प्रतिवेदनको सक्कल तथा प्रतिलिपि संलग्न कागजातहरू पेश गर्नुपर्नेछ।

#### संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:

- बीमालेखका कागजातहरू (दाबी फाराम निवेदन सहित),
- कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग पुष्टि भएको प्रमाण