



शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

केन्द्रीय कार्यालय: शिखर बिज सेण्टर, थापाथली, पोष्ट बक्स नं. १०६९२, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. ४२४६१०१, ४२४६१०२, फ्याक्स: ९७७-१-४२४६१०३
E-mail: shikharins@mos.com.np, Web: www.shikharinsurance.com

सामूहिक औषधोपचार बीमा दावी फाराम

औषधोपचार बीमालेख नं.
(Policy No.)

सुबिधा तालिका नं.
(Table of Benefit No.)

यो दावी फाराम दुर्घटना वा बिरामी भई औषधोपचार गरेको ३० दिनभित्र भरी शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. मा पेश गर्नु पर्नेछ ।

१. कर्मचारीको नाम जन्म मिति:
बिरामीको नाम: नाता जन्म मिति:
कार्यालयको नाम: दर्जा:
ठेगाना फोन नं.

२. यदि दुर्घटना भई बिरामी भएको भए:
दुर्घटना भएको मिति र समय:
दुर्घटना भएको स्थान:
दुर्घटनाको विवरण:
दुर्घटना भई उपचार गर्नु परेको विवरण:

३. यदि कुनै रोग लागि उपचार गर्नु परेको भए:
रोगको विवरण:
रोग पत्ता लागेको मिति:

४. उपचारको विवरण:
चिकित्सकको नाम र ठेगाना:
अस्पतालमा भर्ना भई औषधोपचार गरेको भए:
चिकित्सक वा विशेषज्ञको नाम:

५. दावीको विवरण:

कृपया यो दावी फाराम तल दिइएका बीमालेखमा उल्लेख भए अनुसार कभर भएका बुँदाहरूमा दुर्घटना/बिरामी भई उपचार गर्दा खर्च भएको रकमको सक्कल बिल, चिकित्सकको प्रेस्क्रिप्सन वा चिकित्सकले दिएको प्रमाणित कागजात आदि संलग्न गरी पेश गर्नु होला ।

सुबिधा नं.	विवरण	औषधोपचार खर्चको रकम
क)	शल्य चिकित्सक र एनेस्थेतिष्टको शुल्क, ओ. टि. शुल्क	
ख)	विशेषज्ञको शुल्कको साथै एक्सरे, इ.सी.जी. आदि प्याथोलोजिकल परीक्षण	
ग)	नर्सिङ शुल्क, कोठाको शुल्क	
घ)	स्वास्थ्य व्यवसायी (चिकित्सक) को शुल्क	
ङ)	औषधि तथा सुई	

म घोषणा गर्दछु कि माथि उल्लेख भएको विवरणहरू मैले जाने बुझेसम्म र मलाई थाहा भए अनुसार सत्य हो ।

कार्यालयको छाप:

दावीकर्ताको सही:

नाम:

प्रमाणित गर्नेको सही:

नाम:

कार्यालयको प्रयोजनको लागि

१००%
.....

दावीकर्ताले पाउने

खुद रकम रू.
.....