



नेपाल सरकार
श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय
(प्रधानमन्त्री रोजगार कार्यक्रम)

सिंहदरवार, काठमाण्डौ, नेपाल
फोन नं. ०१-४२००४७७
फ्याक्स नं. ०१-४२११८७७
Email : info.pmep.np@gmail.com
Website: pmep.gov.np

प.सं. २०७७/७८
च.नं./PMEP ४०६



मिति: २०७८/३/१५

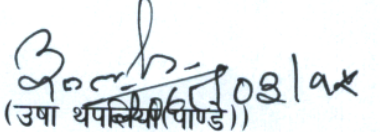
श्री गाउँ कार्यपालिका तथा नगर कार्यपालिकाको कार्यालय, सबै ।

मार्फत: सङ्घीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय, सिंहदरवार, काठमाण्डौ ।

विषय: चालु आ.व.को श्रमिकको सामूहिक दुर्घटना बीमा दावी सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा प्रधानमन्त्री रोजगार कार्यक्रमबाट रोजगारीमा खटिने श्रमिकको सामूहिक बीमा श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय र राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड बिच सम्झौता मिति २०७७ साल पौष १ देखि २०७८ असार मसान्तसम्मको लागि भएको व्यहोरा अवगत नै छ । सो सम्बन्धमा तहाँ नगरपालिका/गाउँपालिकाबाट यस कार्यक्रम अन्तर्गत सञ्चालित आयोजना/कार्यक्रममा सूचीकृत बेरोजगार व्यक्तिमध्ये काममा खटिएको समयमा दुर्घटना, स्थायी अंगभंग वा मृत्यु हुनुभएको र बीमा दावीको लागि छुट भएको छ भने यसैसाथ संलग्न बीमा दावी फाराम र बीमा दावीका लागि आवश्यक पर्ने कागजात अनुसार निर्धारित समय सीमा भित्र स्थानीय तहको पत्र सहित निवेदन पठाउनु हुन आदेशानुसार अनुरोध छ ।

संलग्न: बीमा दावी फाराम र बीमा दावीका लागि आवश्यक पर्ने कागजातहरू ।


(उषा थपलिया पाण्डे)
शाखा अधिकृत

बोधार्थ

श्री राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लि.,
रामशाह पथ, काठमाण्डौ ।



राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड

रा.बी.कं. भवन, रामशाहपथ, काठमाडौं, नेपाल

फोन: ०१-४२५८८६६ फ्याक्स ०१-४२५८७२१

E-mail: info@rbcl.gov.np, Website: www.rbcl.gov.np

दावी फाराम

श्रमीक सुरक्षा बीमालेख (प्रधानमन्त्री रोजगार कार्यक्रम)

नेपाल सरकार, प्रधानमन्त्री रोजगार कार्यक्रम अन्तर्गत १०० दिनको काममा स्थानिय निकायले खटाएका श्रमीकहरुको व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा यस कम्पनीमा गरीएकोमा सोको निम्न बमोजिम दावी फाराम र आवश्यक कागजात सहित तोकिएको समय भित्र दावी पेश गर्नुपर्नेछ ।

बीमितको नाम: श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय, सिंहदरवार ।		बीमालेख नं.: KTM/MISC/GPA/F/77/78/00101	
		बीमा दावि नं.:	
		बीमा दावि मिति:	
१	श्रमीकको व्यक्तिगत विवरण		
	नाम थर		
	श्रीमान्/श्रीमती/हकवालाको नाम थर		
	स्थायी ठेगाना:		
	कार्यरत संस्था/स्थानिय निकायको नाम:		
	कार्यरत संस्था/स्थानिय निकायको ठेगाना:		
	परिचय पत्र नं.		
	मोवाईल/सम्पर्क नं.		
२	दुर्घटना सम्बन्धि विवरण		
	दुर्घटना भएको मिति र समय		
	दुर्घटना भएको स्थान		
	दुर्घटनाको कारण		
३	अस्पताल भर्ना भएको भए विवरण		
	अस्पतालको नाम		
	अस्पताल भर्ना भएको मिति		
	अस्पतालबाट डिस्चार्ज (फिर्ता) भएको मिति		
	उपचारमा संलग्न चिकित्सकको नाम थर		
४	दाविको विवरण: कृपया सबै विवरण स्पष्टसंग भरी सक्कल डिस्चार्ज समरी, बिल, रसिद, प्रेस्कृप्सन तथा रिपोर्टका साथै चिकित्सकको सिफारीस सहित दावि पेश गर्नुहोला ।		
	विवरण	अधिकतम सीमा	दावि रकम रु. (कम्पनीले भर्ने)
	क) दुर्घटनाबाट सृजित चोटपटकको औषधि उपचार दावि	७०,०००।-	
	ख) स्थायी अंगभंग दावि	७,००,०००।-	
	ग) मृत्यू दावि	७,००,०००।-	

उपचारमा संलग्न चिकित्सक (डाक्टर) ले भर्ने मेडिकल सर्टिफिकेट

म श्री/श्रीमती/सुश्री विरामी/घाइते भई उपचार गराएको प्रमाणित गर्दछु ।

विरामी/घाइतेको अवस्था विवरण:

.....

.....

चिकित्सको नाम थर:

चिकित्सकको सहि:

NMC रजिष्ट्रेशन नं., छाप :

मिति:

अस्पतालको छाप:

.....

म माथि उल्लेखित दुर्घटनाबाट चोटपटक लागि /घाइते भइ विरामी परेको साथै मलाई थाहा भएसम्म/मैले जानेसम्म सबै विवरण ठीक साँचो भएको स्वीकार गर्दछु । माथि उल्लेखित रकम कुनैपनि निकाय वा बीमा कम्पनीमा दावि नगरेको स्वीकार गर्दछु ।

पनुश्चः मैले निम्न कागजातहरु यसै फाराम साथ पेश गरेको छु:-

- क) डिस्चार्ज समरी (अस्पताल भर्ना भएको भए)
- ख) औषधिको सक्कल बिल र प्रेस्कृप्सनहरु
- ग) ल्याव तथा अन्य सक्कल रिपोर्ट, बिल र कागजातहरु
- घ) श्रमीकको परिचयपत्रको फोटोकपी
- ङ) दुर्घटनाको हकमा सक्कल प्रहरी प्रतिवेदन
- च) दुर्घटनाबाट मृत्यू भएमा
 - १) पोष्टमार्टम रिपोर्ट
 - २) घटनास्थल मुचुल्का
 - ३) लासजाँच प्रकृति मुचुल्का
 - ४) हकवालाको परिचय खुल्ने प्रमाणपत्र तथा नाता प्रमाणीत

.....

स्थानिय निकायको नाम र	छाप	मिति	दाविकर्ताको सहि
-----------------------	-----	------	-----------------

प्रधानमन्त्री रोजगार कार्यक्रम बीमा

दाबीको लागि आवश्यक पर्ने कागजातहरु निम्नानुसार रहनेछन् :

- (क) बीमितको निवेदन (दुर्घटना भएको ३५ भित्र),
- (ख) सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयबाट दुर्घटना प्रमाणित प्रहरी रिपोर्टको सक्कल पत्र,
- (ग) दाबी फारम पूरा भरी सोमा बीमितको कार्यालयको छाप, नियुक्ती पत्रको छायाँ प्रति, बिदा प्रमाणित (बिदामा बसको अवस्थामा भए), उपचार गरेको अस्पतालको छाप, चिकित्सकको दस्तखत सहित एन.एम.सि. नम्बर हुनुपर्ने ।
- (घ) चिकित्सकको सक्कलै Prescription र Discharge Slip तथा CARD-X को प्रतिलिपि ।
- (ङ) चिकित्सकको सक्कलै Prescription र Discharge Slip बमोजिमको क्रेता तथा विक्रेताको नाम र सहिछाप स्पष्ट भएको PAN No. उल्लेख भएका अस्पतालको बिल तथा औषधि खरिदका सक्कल बिल ।
- (च) Prescription र Discharge Slip तथा CARD-X बमोजिमका Lab Test तथा X-ray का सक्कल रिपोर्टहरु ।
- (छ) बीमितको मृत्यु भएमा दाबीको लागि थप कागजातहरु :
मृत्युदर्ता प्रमाण पत्र, नाता प्रमाणित पत्र, हकवालाको निवेदन र नागरिकता, सम्बन्धित कार्यालयबाट श्रमीक दुर्घटनामा परी मृत्यु भएको पत्र, प्रहरी कार्यालय मार्फत नेपाल सरकारमा दिएको जाहेरी (सवारी दुर्घटनाको लागि), लास जाँच प्रकृति मुचुल्काको प्रमाणित प्रतिलिपि, लास सदगद पुर्जी, सनाखत पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि, हस्पिटलबाट जारी भएको मृत्यु प्रमाणपत्र, पोष्टमार्टम रिपोर्टको प्रमाणित प्रतिलिपि ।

राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड
रामशाहपथ, काठमाण्डौं