

मिति.....

श्री राष्ट्रिय बीमा कम्पनी लिमिटेड

.....कार्यालय,

.....।

विषय: औषधोपचार/घातक रोगको दाबीको जानकारी गराइएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा श्री कर्मचारी सञ्चयकोषका सञ्चयकर्ताको त्यस संस्थामा औषधोपचार/घातक रोगको बीमा गरिए अनुसार विवरणमा उल्लेखित भए बमोजिम बिरामी/दुर्घटना भएको जानकारी गराउँदछु ।

१) सञ्चयकर्ताको नाम थर :

२) कर्मचारी सञ्चयकोष नम्बर :

३) बिरामी/दुर्घटना भएको मिति, स्थान र समय :

४) भर्ना भएको अस्पतालको नाम र ठेगाना :

५) बिरामी/दुर्घटनाको कारण र संक्षिप्त विवरण :

सञ्चयकर्ता/जानकारीकर्ताको सही

नाम :

ठेगाना :

सञ्चयकर्ताको फोन नं :