



SuryaJyoti

जीवनको लागि

वैदेशिक रोजगार (म्यादी) जीवन बीमालेख निर्देशन, २०८० बमोजिम बीमा दाबीको लागि आवश्यक कागजातहरूको चेकलिस्ट :

बीमालेख नं.: _____ बीमितको नाम, थर: _____ शाखा: _____

- कृपया संलग्न गरिएका कागजातमा ✓ (ठीक) चिन्ह लगाउनुहोस् ।

१ क्षति सम्बन्धि दाबीकर्ताको दाबी निवेदन	<input type="checkbox"/>
२ स्थायी बसोबास भएको स्थानीय तहबाट जारी मृत्युदत्ता प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
३ स्थायी बसोबास भएको स्थानीय तहबाट प्रचलित ऐन बमोजिमको ढाँचामा दाबीकर्ता र बीमित बीचको नाता प्रमाणित प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
४ बीमितको नागरिकता र राहदानीको प्रमाणित प्रतिलिपिहरू	<input type="checkbox"/>
५ बीमितको नागरिकतामा उल्लेख स्थायी ठेगाना र हालका स्थायी ठेगाना फरक भएमा सम्बन्धित स्थानीय तहबाट जारी भएको बसाई सराई पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
६ दाबीकर्ताको नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
७ बीमितको श्रम स्वीकृतीको प्रमाणित प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>

८ विदेशमा मृत्यु भएको खण्डमा :

(क) बीमितको मृत्यु भएको देशद्वारा प्रदान गरिएको मृत्यु दत्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
(ख) मृत्यु भएको देशबाट शव ल्याउँदाको एयरलाइन्स सक्कल एयर-वे बिल (Consignee Copy)	<input type="checkbox"/>
(ग) विदेशबाट शव ल्याउँदा भन्सार कार्यालयको प्रज्ञापनपत्रको प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
(घ) दुर्घटनाबाट मृत्यु भएकोमा उपचार गरिएको कागजात तथा प्रहरी प्रतिवेदन लगाएतका कागजात	<input type="checkbox"/>

९ स्वदेशमा मृत्यु भएको खण्डमा

अ) उपचार सम्बन्धि सम्पूर्ण कागजातहरू (उपचार गराइएको भए)	<input type="checkbox"/>
आ) दुर्घटनाबाट मृत्यु भएकोमा उपचार गरिएको कागजात तथा लासजाँच प्रकृति मुचुल्का, पोष्टमार्टम रिपोर्ट सहित प्रहरी प्रतिवेदन	<input type="checkbox"/>
इ) सम्बन्धित स्थानीय निकायबाट जारी हकवाला प्रमाणित सिफारिस पत्र	<input type="checkbox"/>

१० दाबीको प्रकृति आधारमा दाबीकर्ताले भने दाबी फारम तथा आवश्यक थप कागजातहरू :

(क) मृत्यु दाबी	CL 1	<input type="checkbox"/>
(ख) घातक रोग दाबी (दाबीकर्ताले भने)	CL 7	<input type="checkbox"/>
(ग) घातक रोग दाबी (बीमितको उपचारमा संलग्न चिकित्सकले भने)	CL 8	<input type="checkbox"/>
- घातक रोग सम्बन्धमा उपचार गरिएको सम्पूर्ण कागजातहरू		<input type="checkbox"/>
(घ) स्थायी पूर्ण अशक्तता दाबी	CL 9 D	<input type="checkbox"/>
- उपचार सम्बन्धि सम्पूर्ण कागजातहरू तथा सम्बन्धित स्थानीय तहबाट जारी पूर्ण अशक्तताको परिचयपत्र		<input type="checkbox"/>
(ङ) आंशिक पूर्ण अशक्तता दाबी	CL 9 D	<input type="checkbox"/>
- उपचार सम्बन्धि सम्पूर्ण कागजातहरू		<input type="checkbox"/>
(च) दुर्घटनाको कारण लागेको चोटपटकको लागि आवश्यक औषधेपचार	CL 10	<input type="checkbox"/>
- उपचार सम्बन्धि सम्पूर्ण कागजातहरू तथा बीमित स्वयमले ब्यहोरेको सक्कल बील बिजक		<input type="checkbox"/>

फाईल तयार मिति : _____ तयार गर्ने : _____ रजु गर्ने : _____

नाम : _____ नाम : _____