



# CFM

Compassionate Family Medicine

## कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशन दोषी छैन (नो फल्ट) फारामको अनुरोध

आफ्नो रोजगारदातालाई कुनै पनि चोटपटक लागेको कुरा रिपोर्ट गर्न नबिर्सनुहोस्। यसो गर्दा तपाईंले निम्न जानकारी पेश गर्न सक्नुहुनेछ। समयमै बीमा कम्पनीलाई सबै स्वास्थ्यसम्बन्धि बिलहरू पेश गर्नुपर्छ। यसो गर्न सक्नुभएन भने बीमाको जानकारीमा कमी भएकोले तिर्नुपर्ने रकमको जिम्मेवार तपाईं हुनुहुनेछ। तपाईंको **सहयोगको** लागि धेरै धन्यवाद।

बीमा निवेदेन फाराम भरेर पठाएको छ कि छैन पक्का गर्नुहोस् र यो नो **फल्ट बीमा कम्पनीलाई** पठाउनुहोस्।

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_

बिरामीको जन्ममिति: \_\_\_\_\_ बिरामीको सोसियल सेक्युरिटी नम्बर: \_\_\_\_\_

बिरामीको ठेगाना: \_\_\_\_\_  
(मार्ग, सहर, जीप कोड)

बिरामीको फोन नं.: \_\_\_\_\_

बीमा गरिएको व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

बीमा कम्पनीको ठेगाना: \_\_\_\_\_  
(मार्ग, सहर, जीप कोड)

सम्पर्क/बीमा गराउने व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

बीमा गराउने व्यक्तिको फोन: \_\_\_\_\_ प्याक्स: \_\_\_\_\_

दुर्घटनाको मिति: \_\_\_\_\_

क्लेम नम्बर(थाह छ भने): \_\_\_\_\_

यस दुर्घटनाको विषयमा आफ्नो गाडीको बीमा गरेको कम्पनीलाई खबर गर्नुभयो? [ ] गरें [ ] गरेको छैन

तपाईंलाई कसरी चोटपटक लागेको थियो छोटकरीमा बताउनुहोस्: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

चोटपटक लागेको शरीरको भाग(हरू)(तोकेरै बताउनुहोस्): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

यस चोटपटकका कारण तपाईं कुनै चिकित्सक, अस्पताल वा मेडिकल केन्द्रमा जानुभएको थियो?

[ ]थिएँ [ ]थिइँ जानुभएको थियो भने, कृपया कहाँ जानुभएको थियो बताउनुहोस्: \_\_\_\_\_

---

---