

IN-HOSPITAL / MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM(अस्पताल भर्ना/औषधोपचार खर्च सोधभर्ना दावी फाराम)

A) INSURED'S SECTION (बीमितले भर्नुपर्ने)

1. Policy No.
(बीमालेख नं.)
2. Name of Insured
(बीमितको नाम)
3. Date of accident
(दुर्घटनाभएको मिति)..... or Date of sickness
वा (विरामी भएको मिति)
4. Nature of Disability :
(असक्तताको प्रकृति)
5. Medical History of Disability
6. असक्तता सम्बन्धि चिकित्सकिय विवरण)
6. Have you ever had same or similar condition ? No-होइन)
(के तपाईंको कहिल्यै यस्तो वा यससंग मिल्दो जुल्दो अवस्था भएको थियो?) Yes -हो) Dates (मिति).....

AUTHORIZATION (अधिकार प्रदान)

"The undersigned hereby authorizes all physicians, hospitals, clinics, Pharmacists, Laboratories, Employers, Insurance Companies, other Companies, Institutions or any other persons who have any records or information about me to provide American Life Insurance Company any and all information with respect to my health and medical history, consultations, medical prescription, treatments or complete copy of my hospital medical record. A photographic copy of this authorization shall be as valid as the original". I also authorize the company to deposit the payable claim amount in my below mentioned bank account

1) I understand that under the Individual Privacy Act 2018, American Life Insurance Company, Nepal (MetLife) is authorized to collect, store, protect, analyze and process my Personal Information, Data and Sensitive Information including information concerning my personal ID, history related with health, (collectively Personal Information) while processing insurance claim. 2) I give consent to store my Personal Information digitally in a secured server/cloud base and to any necessary cross border data transfers. I also give consent to disclose said information to any others within or outside Nepal in the course of claims settlement and investigations 3. If I have any questions concerning Privacy Policy, I will contact MetLife offices in Nepal.

मैले, म र मेरो स्वास्थ्य/उपचारसंग सम्बन्धित कुनैपनि जानकारी वा अभिलेख भएका सम्पूर्ण चिकित्सकहरु, अस्पतालहरु, औषधालयहरु, औषधि वितरकहरु, प्रयोगशालाहरु, रोजगारदाताहरु, बीमा कम्पनीहरु, अन्य संस्थाहरु वा अरुकुनै व्यक्तिलाई, अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई उक्त जानकारी तथा अभिलेख उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु। भुक्तानीहुने दावी रकम मेरो तल उल्लेखित बैंक खातामा जम्मा गर्न अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई अधिकार प्रदान गर्दछु।

१. मलाई थाहा छ की वैयक्तिक गोपनीयता सम्बन्धी ऐन, २०७५ अन्तर्गत अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी, नेपाल (मेटलाइफ)लाई बीमा दावीको सिलसिलामा मेरो वैयक्तिक सूचना, तथ्यांक र संवेदनशील सूचनाहरु का साथै मेरो व्यक्तिगत परिचयपत्र, स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणहरु (यस पछि वैयक्तिक सूचना भनिएको) संकलन, भण्डारण, संरक्षण, विश्लेषण र प्रशोधन गर्न अधिकार रहेको छ। २. म मेरो वैयक्तिक सूचना देश भित्र वा बाहिर डिजिटल तरिकाबाट सुरक्षित सभरमा/क्लाउडवेसमा सुरक्षित राख्न र आवश्यकता अनुसार अन्तर सीमा डाटा स्थानान्तरण गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु। मेटलाइफले दावी फर्स्यौट तथा दावी छानविन लगायत व्यवसायिक सिलसिलामा वैयक्तिक सूचना खुलासा गरेमा वा अरु कसैलाई दिएमा पनि मेरो मन्जुरी रहेको छ। ३. मलाई गोपनीयता नीति सम्बन्धी कुनै थप जानकारी आवश्यक परेमा मेटलाइफ नेपाल तथा यसका शाखा कार्यालयहरुमा सम्पर्क गर्ने छु।

Insured's Signature
(बीमितको हस्ताक्षर)

Date
(मिति)

Contact Number
(सम्पर्क नं.).....

E-mail
(ईमेल).....

Bank Name
(बैंकको नाम)

Branch
(शाखा).....

Account No.
(खाता नं.)

1. Please submit treatment related documents and original bills along with this form.
१. कृपया उपचारसंग सम्बन्धित कागजात तथा सक्कल बिलहरु यो फारमसगै पेश गर्नु होला।
2. Please submit the physician's statement overleaf if you do not have detailed prescriptions and treatment related papers from the doctor/hospital.
२. पर्याप्त उपचारका कागजातहरु (प्रेस्क्रिप्सन, एक्स रे तथा ल्याब रिपोर्ट आदि) पेश हुन आएमा चिकित्सकको बयान फारम भर्न आवश्यक हुनेछैन।

B) EMPLOYER'S STATEMENT (For AWI benefit only) (दुर्घटनाको कारण साप्ताहिक लाभको लागि मात्र)

1. Full name of Insured
बीमितको पूरा नाम.....
 2. Name and business address of Insured's employer
बीमितको रोजगारदाताको नाम र ठेगाना.....
 3. When was Insured compelled to give up his duties ? (Give exact date)
बीमित कहिले आफ्नो कार्य छोड्न बाध्य हुनुभयो (मिती खुलाउनुहोस्)?
 4. When did Insured return to work ?
बीमित कहिले आफ्नो काममा फर्कनुभयो?
 5. Was Insured's injury the sole cause of his absence from duty for all of the above period ? If not, give particulars.
के बीमित चोटपटकको कारणले गर्दा नै माथि उल्लेखित समयको लागि काममा उपस्थित हुन नसकेको हो? होइन भने विवरण खुलाउनुहोस्।
.....
- आधिकारीक ब्यक्तिको हस्ताक्षर (Authorized person's signature).....

नाम, थर (Name).....

पद (Title)

पुरा ठेगाना (Address).....

मिति (Date)

कार्यालयको छाप (Office seal)

C) PHYSICIAN / SURGEON SECTION

Name of Patient : Age..... M F

1. Nature of Disability:
(Describe complications, if any)

If due to PREGNANCY, what was the approximate date of Inception?

2. a) Nature and Medical History of Disability.....

b) Cause of disability: i) Due to Accident Date of Accident

ii) Due to Sickness Date of Sickness

3. Has patient ever had same or similar condition? Yes No

If "Yes" state when and describe.....

Name and address of referring Physician

4. Describe fully nature of SURGICAL
(or Obstetrical) PROCEDURE

Date performed

Where performed

5. Dates of Treatment : OFFICE

Visit Charge.....

Home

Visit Charge.....

6. Is further operative procedure or treatment anticipated? Yes No

If "YES", explain

PHYSICIAN'S/SURGEON'S NAME:

SIGNATURE:

NMC No.:

Full Address:

Date :

Stamp