

**कर्मचारी सञ्चय कोष
दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फाराम**

मिति : २०...../...../.....

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

..... ।

विषय: दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम पाउँ ।

म/मेरो नाताका देहायको विवरणका सञ्चयकर्ता सेवामा रहँदाकै अवस्थामा दुर्घटना परी मृत्यु/पूर्ण वा आंशिक अङ्गभङ्ग भएको हुँदा कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार उपलब्ध हुने दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम म सञ्चयकर्ता/हकवालालाई भुक्तानी दिन अनुरोध छ । यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन् । पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुलता बुझाउँला । उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो बैकमा रहेको खाता नं. मार्फत पाउन अनुरोध छ ।

(क) सञ्चयकर्ताको विवरण :

१. सञ्चयकर्ताको नाम थर:
२. सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नम्बर:
३. कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिना:
४. सञ्चयकर्ताको कार्यालय:
५. सञ्चयकर्ताको स्थायी ठेगाना:
६. दुर्घटना भएको मिति:
७. मृत्यु भएको हकमा सो मिति:
८. पूर्ण/आंशिक अङ्गभङ्गको हकमा विवरण:

(ख) आवेदकको विवरण

१. सञ्चयकर्ता वा हकवालाको हस्ताक्षर :
२. हकवालाको नाम थर :
३. सञ्चयकर्ता र हकवालाबीचको नाता :

रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ग) कार्यालयको सिफारिस: उल्लिखित विवरणका कर्मचारी सेवाकालमा नै दुर्घटना परी मृत्यु/पूर्ण अङ्गभङ्ग भएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछौं । यस निवेदन फारममा हाम्रै रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप भएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

१. कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षर:
२. कार्यालय प्रमुखको नाम थर:
३. दर्जा:
४. कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :
५. कार्यालयको नाम:

कार्यालयको छाप

द्रष्टव्य : (१) दुर्घटना भएको मितिले एक वर्षभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फाराममा संलग्न कागजातहरू :

(१) सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयबाट दुर्घटना प्रमाणित गरिएको प्रतिवेदन (घटनास्थल प्रकृति मुचुल्का),	
(२) सम्बन्धित कार्यालयले लेखेको निज स्थायी कर्मचारी रहेको विवरण खुलेको पत्र,	
(३) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले घटनाबारे कोषलाई जानकारी दिएको पत्र,	
(४) अङ्गभङ्ग भएको सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको दुर्घटनाको कारण तथा अङ्गभङ्गको प्रकृति समेत खुलेको प्रतिवेदन,	
(५) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको मृत्युको कारण समेत खुलेको पोष्टमार्टम रिपोर्ट,	
(६) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र,	
(७) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा सञ्चयकर्ता बहाल रहेको कार्यालयले दिएको मृत्यु खाली पत्र,	
(८) सञ्चयकोष परिचयपत्र र नागरिकता वा परिचय खुल्ने फोटो सहितको परिचयपत्रको प्रतिलिपि,	
(९) हकवालाको हकमा नाता प्रमाणित पत्र, हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि,	
(१०) हकवालाले क्षतिपूर्ति दावी गरेको अवस्थामा सम्बन्धित सञ्चयकर्ता आफैले दावी गर्न नसक्नाको कारण र सोलाई पुष्टि गर्ने प्रमाण,	
(११) सञ्चयकर्ता आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भएको अवस्थामा निजको सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,	
(१२) कोषले माग गरेका थप अन्य कागजातहरू ।	