



།། འབྲུག་རྒྱལ་ཁེན་སྲུང་ལས་འཛིན་ཚད།

ROYAL INSURANCE CORPORATION OF BHUTAN LTD.

R I C B

“Your partner for growth and security”

གྲུ་ཚང་གསོ་བའི་ཉེ་མཆོལ་མཐུན་ཀློན།

ཉེ་མཆོལ་པའི་གྲུ་ཚང་གི་མཚན། Name of Dratsang(Insured)			
ཉེ་མཆོལ་པའི་ཐོབ་དབང་གི་མཚན། Name Insured/Claimant			
མི་ཐུངས་འཛིན་གྲུ་ཚང་གི་མཚན། Citizenship Identity Card Number		ཉེ་མཆོལ་པའི་དྲན་ལོ། Age of Insured	
དོ་ཚབ་གི་མཚན། Name of Nominee			
འགྲེམ་སྐོལ་གྱི་ལ་བྱང་། Address (Mailing)			
བརྒྱུད་འཕྲིན་ལང་། Phone#		འགྲུལ་འཕྲིན་ལང་། Mobile#	
གྲོག་འཕྲིན་ལང་། Email ID		ཕར་འཕྲིན་ལང་། Fax#	
ཉེ་མཆོལ་གྱི་དུས་ལུགས། Period of Insurance	འགྲུ་བཅུགས་ཚེས་གྲངས། From Date:		བདུག་བསྐྱེས་ཚེས་གྲངས། End Date:

DETAILS OF CLAIM

(Please tick the relevent claim with specific claim amount in the following column)

Treatment Cost	Travel	Cabin/ward Charges	Post hospitalization expenses	Attendant Allowance	Personal Accident Cover