



नेपाल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

केन्द्रीय कार्यालय: कमलादी, काठमाण्डौ, नेपाल

पोष्ट बक्स नं. ३६२३, फोन नं. ९७७-१-५३२९३५३, ५३२८६९०, ५३४५५६५/६८ टोल फ्री. १६६० ०१ ६९६६६,
फ्याक्स नं. ९७७-१-५३२५४४६

Email: nic@nepalinsurance.com.np, Web: www.nepalinsurance.com.np

व्यक्तिगत / सामूहिक दुर्घटना बीमा प्रस्ताव फाराम

१. प्रस्ताव फाराम भर्ने नियम:

- यस फाराममा उल्लेख भएका सबै प्रश्नहरू राम्ररी पढी, बुझी प्रस्तावक आफैले प्रष्ट सङ्ग बुझिने गरी उत्तर दिनु पर्नेछ।
- प्रश्नको उत्तर दिँदा रेखा, विन्दु वा कुनै पनि प्रकारको चिन्ह वा संकेत प्रयोग गर्न पाइने छैन।
- कुनै पनि प्रश्नको उत्तरमा खाली ठाँउ छोड्न पाइने छैन र उत्तर दिनु नपर्ने भए वा उत्तर असान्दर्भिक हुने भए “असान्दर्भिक प्रश्न” वा “अ.प्र.” वा अंग्रेजीमा एन/ए भनी लेख्नु पर्नेछ।
- आफूलाई थाहा भएको कुरा पूर्ण निष्ठा र विश्वासका साथ उल्लेख गर्नु पर्नेछ।
- प्रश्नको उत्तर दिन वा विवरण उल्लेख गर्नको लागि यदि फारामको पाना नपुगेमा पाना थप गर्न सकिनेछ र त्यसरी थप गरिएको प्रत्येक पानामा सहिच्छाप गर्नु पर्नेछ।

२. प्रस्ताव फाराम भर्ने शर्त:

- बीमा प्रस्ताव फाराम भर्ने व्यक्ति वा संस्थालाई प्रस्तावक मानिनेछ र बीमकले स्वीकार गरेको खण्डमा उक्त व्यक्ति बीमित वा बीमालेख धारक हुनेछ र बीमालेख धारक सङ्ग बीमालेखमा आवद्ध भएका व्यक्तिहरू स्वतः बीमित हुनेछन्।
- प्रस्तावकले कसैको करकाप, दवाव वा धम्की वा अनुचित प्रभावमा परी प्रस्ताव फाराम भर्ने पाउने छैन र त्यसरी भरेको प्रमाणित भएमा प्रस्ताव बीमकले स्वीकार गर्ने छैन।
- प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएका विवरण तथा जानकारी बीमकले पूर्णरूपमा सुरक्षित र गोप्य राख्नु पर्नेछ।
- प्रस्तावमा प्रयोग हुने शब्दवालीहरू मध्ये परिभाषा खण्डमा उल्लेख भएका शब्दहरूको अर्थ सोही बमोजिम र अन्यको हकमा आम प्रचलन बमोजिम हुनेछ।

३. बस्तुगत तथ्य तथा मूलभूत विवरण:

(क) प्रस्तावक (व्यक्ति) को विवरण:

नाम थर (संस्था भए संस्थाको नाम):

प्रदेश: जिल्ला: गाँउ पालिका / नगर पालिका:

वडा नं. टोल: घर नं.

फोन नं. इमेल: फ्याक्स:

संस्था दर्ता नं. (संस्था भए) स्थायी लेखा नं.

पेशा / व्यवसाय / कारोबारको विवरण: मोबाइल नं.:

(ख) बीमालेख धारकको विवरण

संस्थाको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: गाँउ पालिका / नगर पालिका:

वडा नं. टोल: घर नं.

फोन नं. इमेल: फ्याक्स:

संस्था दर्ता नं. (संस्था भए) स्थायी लेखा नं.

पेशा / व्यवसाय / कारोबारको विवरण: मोबाइल नं.:

संस्था र बीमित बीचको सम्बन्ध:

(ग) बीमितको विवरण:

क्र.सं.	नाम थर	पद	ठेगाना	सम्पर्क नं	उमेर	पेशा	पेशा सङ्ग सम्बन्धित जोखिम	कैफियत

(घ) बीमाको अवधि:

मिति: समय: देखि सम्म (कूल महिना दिन)

४. बीमालेखको प्रकार: (देहायका मध्ये कुन हो उल्लेख गर्ने):

- (क) व्यक्तिगत दुर्घटना बीमालेख,
(ख) सामूहिक दुर्घटना बीमालेख ।

५. बस्तुगत तथ्य सम्बन्धी प्रश्नहरू:

- (क) तपाईंले दुर्घटना बीमा गर्नका लागि यस अघि अन्य बीमा कम्पनीले अस्वीकार गरेको थियो? थियो भने बीमकको नाम उल्लेख गर्नुहोस् ।
(ख) तपाईंले दुर्घटनाबाट क्षति भई कुनै बीमा कम्पनीबाट क्षतिपूर्ति लिनुभएको थियो? थियो भने बिगत तीन बर्षको विवरण दिनुहोस् ।

क्र.सं.	बीमक	घटनाको विवरण	बीमाङ्क	मिति	दाबी लिएको रकम

(ग) यस प्रस्ताव फाराममा माथि उल्लेख गरिएका बाहेक छुट हुन गएका केहि विवरणहरू छन् भने उल्लेख गर्नुहोस् ।

.....
.....
.....

६. उद्घोषण:

म/ हामी.....यस प्रस्तावद्वारा घोषणा गर्दछौं की यस प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएका तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू मैले/ हामीले राम्ररी पढेर बुझेर दिएका हो/हैं । यसमा उल्लेख गरिएका सबै विवरणहरू सहि, साँचो र दुरुस्त छन । कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको छैन । कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको पाइएमा बीमालेख रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा म/ हामी स्वीकार गर्दछु/ गर्दछौं । यस प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएका तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरूको साथै यो घोषणा द्विपक्षीय बीमा करार (बीमालेख) को आधार हुनेछ ।

प्रस्तावकको

हस्ताक्षर:
नाम थर:
मिति:
छाप (संस्था भएमा):
मिति:.....

प्रस्ताव स्वीकृति गर्ने कर्मचारी

हस्ताक्षर:.....
नाम थर:.....
अभिकर्ता कोड नं./कर्मचारी परिचयपत्र नं:.....
सम्पर्क न:.....
मिति:

(बीमकले आवश्यक ठानेमा यस अनुसूचीमा उल्लेख गरिएको प्रस्ताव फारामको अतिरिक्त बीमित वा बीमालेख धारकसँग वा बीमालेख धारकसँग अन्य विवरण, प्रश्नावली, सूचना तथा जानकारी भराई लिन सक्नेछ र त्यसरी लिएको विवरण, प्रश्नावली, सूचना तथा जानकारी यसै प्रस्ताव फारामसँग संलग्न गरी राख्नु पर्नेछ ।)