

अनुसूची (१)

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय:

फोन नं. :

फ्याक्स:

Email:

निक्षेपकर्ता बीमा - प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फाराम निक्षेपकर्ताले भर्नुपर्ने

क) अ. बीमित बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम:

आ. वीमकको नाम : इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

निक्षेपकर्ताको फोटो

ख) निक्षेपकर्ताको विवरण :

निक्षेपकर्ताको नाम:

नागरिता नं.

जन्म मिति:

लिङ्गः.

ठेगाना:

पेशा:

मोबाइल नं./ इमेल:

औँठा छाप

बा

दा

ग) इच्छाइएको व्यक्तिको विवरण

इच्छाइएको व्यक्तिको नाम:

निक्षेपकर्तासंगको नाता:

ठेगाना:

सम्पर्क नं.:

घ) निक्षेपकर्ताको स्वास्थ्य विवरण

शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको स्थिति:

कुनै रोगबाट बिगतमा वा हाल गराएको उपचार:

अन्य कुनै उल्लेखनीय स्वास्थ्य स्थिति वा बानी व्यहोरा :

ङ) निक्षेपकर्ताको स्वास्थ्यको अवस्था (घातक रोगहरुको लागि बीमा लाभ आवश्यक भएमा मात्र)

निक्षेपकर्तालाई तलका मध्ये कुनै एक वा एक भन्दा बढी रोगको पहिचान भएको, रोग लागेको, रोगको लक्षण देखिएको वा रोगको उपचार गरेको भए सो रोगमा चिन्ह लगाउनु होला ।

- १. अर्बुद रोग (Cancer)
 - २. अन्तिम अवस्थाको किडनी निष्क्रियता (नियमित डायलाइसिस गरिरहनु पर्ने)(End stage Renal Failure requiring regular Dialysis)
 - ३. शरीरको स्नायु तन्त्रमा हुने खराबी वा मल्टिपल स्क्लेरोसिस (Multiple Sclerosis)
 - ४. दिमागको ट्युमर (Benign Brain Tumor)
 - ५. नशा सम्बन्धी रोग पार्किन्सन (Parkinson's Disease)
 - ६. अन्तिम अवस्थाको लिभरको रोग (End Stage Liver Disease)
 - ७. नशाको कार्यक्षमता न्हास हुँदै जाने रोग अल्जाईमर्स (Alzheimer's Disease)
 - ८. शरीरको अत्यावश्यक मुख्य अंग वा बोन म्यारोको प्रत्यारोपण (Major Organ/Bone Marrow Transplantation)
 - ९. मुटुको भल्व प्रतिस्थापन वा मर्मत गर्ने कार्य (Heart Valve Replacement or Repair)
 - १०. मुटुको रक्तनलीको बाइपास शल्यक्रिया (Coronary Artery Bypass Graft)
 - ११. शरीरको मुख्य धमनी (मुटु देखि पेट सम्म) को शल्यक्रिया (Surgery Of Aorta)
 - १२. स्थायी रूपमा रहेने स्ट्रोक (मस्तिष्कको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या) वा मस्तिष्क घात (Stroke resulting in Permanent Symptoms)
 - १३. शरीरको अवयवहरुको स्थायी पक्षाघात (प्यारालाइसिस) (Permanent Paralysis of Limbs)
 - १४. पहिलो पटक भएको हर्ट एट्याक(हृदयघात) वा मुटुको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या (Myocardial Infarction or First Heart Attack)
 - १५. अचेत भएर रहेने अवस्था 'कोमा' (Coma of Specified Severity)
 - १६. शरीरको ५०% भन्दा बढी भाग जलेको अवस्था (Major Burg [At least 50% of body Surface Area])
 - १७. पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको दुवै कान नसुन्ने अवस्था (Total and Irreversible loss of hearing in both ear)
 - १८. पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको बोल्ने नसक्ने अवस्था (Total and Irreversible loss of Speech)
- प्रस्तावक हाल वा विगतमा कुनै रोगबाट ग्रसित भएको, कुनै रोगको लागि उपचार गरेको वा कुनै शल्यक्रिया भएको भए प्रस्तावकको रोग र स्वास्थ्य स्थितिको वारेमा विवरण दिनुहोस ।

मैले जाने बुझेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु ठीक साँचा छन् । मैले कुनै वास्तविक सूचना लुकाएको, छिपाएको वा गलत बयान गरेको छैन भनी प्रमाणित र घोषणा गर्दछु । यो प्रस्ताव वीमक र बैंक बीच हुने करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरामा मेरो मञ्जुरी छ र कम्पनीलाई मेरो पेशा, स्वास्थ्य, बानी व्यहोरा (लत) को परिवर्तन भएमा सूचना दिन म मुञ्जुर गर्दछु तथा कम्पनीद्वारा बीमालेख तथा संलग्न सम्पुस्टिमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

स्थान:

निक्षेपकर्ताको सही:

मिति:

स्वास्थ्य सम्बन्धी घोषणा

म यो घोषणा गर्दछु र प्रमाणित गर्दछु कि म सोह १६ वर्ष पुरा भई पैसठ्ठी वर्ष नपुगेको उमेर समूहमा पर्दछु र हाल म क्यान्सर (Cancer) एड्स (AIDS) मृगौला (Kidney) कलेजो (Liver) वा फोक्सो (Lungs) सम्बन्धी रोग मस्तिष्क रोग मुटु वा रगत सम्बन्धी रोगको लागि कुनै उपचार गराईरहेको उपचार गराएको वा उपचार गर्न कुनै सल्लाह पाएको छैन र हाल म दुर्घटना वा बिरामीको कारण काम गर्न पूर्ण वा आंशिकरूपमा असक्त छैन र म मा कुनै शारीरिक कमजोरी (Impairment) छैन । म यो पनि घोषणा गर्दछु कि यस घोषणामा दिएको कुनै गलत विवरणले मेरो बीमा रक्षावर्णलाई प्रारम्भदेखि नै बदर गराउने छ र बीमा कम्पनीले यस बीमालेख अन्तर्गत कुनै लाभ भुक्तानी गर्ने छैन भन्ने कुरा बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु ।

बीमा कम्पनीले मलाई कुनै पूर्व विद्यमान अवस्था भएमा, मेरो बीमा प्रारम्भ भएको मितिले ३० दिनको प्रतिक्षा अवधि भित्र कुनै घातक विरामी निदान भएमा र मुख्य बीमालेखमा उल्लेखित अन्य शर्त बन्देजहरु लागु भएमा बीमा लाभ भुक्तानी गर्दैन भन्ने कुरा बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु ।

मेरो बारेमा कुनै विवरण वा सूचना भएको कुनै पनि डाक्टर, अस्पताल, क्लिनिक वा ओषधोपचारदाता, कुनै बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै कम्पनी प्रतिष्ठा वा कुनै अन्य व्यक्तिलाई मेरो कुनै पनि अस्वस्थता वा दुर्घटना कुनै औषधोपचार, स्वास्थ्य जाँच, सल्लाह वा अस्पताल भर्ना सम्बन्धी विवरणको नक्कल सहित पूर्ण जानकारी बीमकलाई उपलब्ध गराउन म यहाँ अधिकार प्रदान गर्दछु । यस अधिकारपत्रको कुनै छाँयाप्रति मुलप्रति सरह वैध हुनेछ ।

स्थान:

आवेदको सही:

आवेदको पूरा नाम:

मिति: