



# Shikhar Insurance Company Ltd.

Head Office: Shikhar Biz Center, Thapathali, Kathamandu, Nepal

Phone No : 4246101, 4246102 Fax, 977-1-4246103

E-mail: [shikharins@mos.com.np](mailto:shikharins@mos.com.np), Web: [www.shikharinsurance.com](http://www.shikharinsurance.com)

## GROUP MEDICAL INSURANCE CLAIM FORM

POLICY NO :

TABLE OF BENEFIT NO:

OFFICE NAME: *Org<sup>n</sup> Name*

BRANCH : *Claiming Brance*

ADDRESS: *Org<sup>n</sup> Address*

PHONE NO : *Claimant Contact No.*

EMPLOYEE'S NAME:

DESIGNATION :

STAFF ID NO :

NAME OF PATIENT : *Pratima Bhandari*

RELATIONSHIP :

DATE OF BIRTH: *2030/10/02*  
(Patient)

CAUSE OF ILLNESS : *Illness details as OPD card.*

### EXPENSES DETAILS

S.N	Particulars	Amount (Rs)	
1	Doctor's Fee	<i>xxx</i>	
2	Medicine Bills	<i>xxx</i>	
3	Pathology Charges	<i>xxx</i>	
4	X-Ray Charges	<i>xxx</i>	
5	Bed Charge	<i>xxx</i>	
6	Surgical Charges	<i>xxx</i>	
7	Other Charges		
Total (Figure) NRs:		<i>xxxx</i>	

Amount in Words: *NPR*

Official Stamp:

Claimant's Signature *Signature*

Name: *Claimant Name*

*MBL Branch stamp & signature of staff*

Verified by: \_\_\_\_\_

### Note:

Discharge Summary Should be submitted  
Original copy of payment bills should be submitted.  
Pathological tests is payable if such tests are prescribed by the doctor and the report of test is submitted  
Prescription from medically authorized doctor is to be submitted  
The cost of medicines are payable only if such medicines are prescribed by the doctor so as in the case of extension.  
Consultation fees in local bills not allowed.

अनुसूची (१)

shikhar.

.....इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय: Thapathali - Kathmandu

फोन नं.: ४२४६१०१, ४२४६१०२ फ्याक्स: ४२४६१०३

Email: shikharins@mos.com.np

निक्षेपकर्ता बीमा - प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फारम

निक्षेपकर्ताले भर्नुपर्ने

क) अ. बीमित बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम:	
आ. बीमकको नाम: Shikhar इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड	
ख) निक्षेपकर्ताको विवरण:	
निक्षेपकर्ताको नाम: Pratima Bhandari	Photo
नागरिकता नं.: २१-१२३४-५६७८	
जन्म मिति: २०४५-१२-२४	औंटा छाप
लिङ्ग: Female	
ठेगाना: Lazimpat - Kathmandu	चा <input checked="" type="checkbox"/>
पेशा: Banker.	बा <input checked="" type="checkbox"/>

ग) ईच्छाइएको व्यक्तिको विवरण	
ईच्छाइएको व्यक्तिको नाम:	As per bank or details of claimant's
निक्षेपकर्तासंगको नाता:	nominee
ठेगाना:	
सम्पर्क नं	

घ) निक्षेपकर्ताको स्वास्थ्य विवरण

शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको स्थिति: ठिक  
कुनै रोगबाट विगतमा वा हाल गराएको उपचार: एन / ए  
अन्य कुनै उल्लेखनीय स्वास्थ्य स्थिति वा वानी व्यहोरा: ए / एन

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

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

- १. आर्बुद रोग
- २. अन्तिम अवस्थाको किडनी निस्क्यता (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 सम्बन्धि रोग पार्किन्सन (Parkinson's Disease)
- ६. अन्तिम अवस्थाको लिभरको रोग (End Stage Liver Disease)
- ७. नसाको कार्यक्षमता न्हास हुँदै जाने रोग अल्जाईमर्स
- ८. शरीरको अत्यावश्यक मुख्य अंग वा बोन म्यारोको प्रत्यारोपण (Major Organ/ Bone Marrow Transplantation)
- ९. मुटुको भल्व प्रतिष्ठापन वा मर्मत गर्ने कार्य (Heart Valve Replacement or Repair)
- १०. मुटुको रक्तनलीको बाइपस शल्यक्रिया (Coronary Artery Bypass Graft)
- ११. शरीरको मुख्य धमनी (मुटुदेखि पेट सम्म) को शल्यक्रिया (Surgery of Aorta)
- १२. शरीरको मुख्य धमनी (मुटुदेखि पेट सम्म) को शल्यक्रिया (Surgery of Aorta)
- १३. शरीरको अवयवहरुको स्थायी पक्षघात (प्यारालाइसिस) (Permanent Paralysis of Limbs)
- १४. पहिलो पटक भएको हर्ट एट्याक (हृदयघाट) वा मुटुको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या (Myocardical Infarction or First Heart Attack)
- १५. अचेत भएर रहने अवस्था 'कोमा'(Coma of Specified Severity)
- १६. शरीरको ५०% भन्दा बढी भाग जलेको अवस्था (Major Burn [At least 50% of Body Surface])
- 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 बोल्न 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 प्रस्तावको रोग र स्वास्थ्य स्थितिको बारेमा विवरण दिनुहोस ।

मैले जाने बुझेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु ठिक साँचा छन् । मैले कुनै वास्तविक सूचना लुकाएको, छिपाएको वा गलत बयान गरेको छैन भनी प्रमाणित र घोषणा गर्दछु । यो प्रस्ताव बीमक 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 मञ्जुर गर्दछु तथा कम्पनीद्वारा बीमालेख तथा संलग्न सम्पुष्टिमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

स्थान:

निक्षेपकर्ताको सही: *customer sign*

मिति: 2077/04/12

### स्वास्थ्य सम्बन्धी घोषणा

म यो घोषणा र प्रमाणित गर्दछु कि म सोझ वर्ष पुरा भई पैषठी वर्ष नपुगेको उमेर समुहमा 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 गराइरहेको उपचार गराएको वा उपचार गर्न कुनै सल्लाह पाएको छैन र हालक म दुर्घटना वा बिरामीको कारण काम गर्न पूरा वा आंशिकरूपमा असक्त छैन र म मा कुनै शारीरिक कमजोरी (Impairment) छैन । म यो पनि घोषणा गर्दछु कि यस यस घोषणामा दिएको कुनै गलत विवरणले मेरो बीमा रक्षावरणलाई 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 30 दिनको प्रतिक्षा अवधि भित्र कुनै घातक बिरामी 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 पाँ डाक्टर, अस्पताल, क्लिनिक वा औषधोपचारदाता, कुनै बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै कम्पनी प्रतिष्ठा वा अन्य कुनै 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 अधिकार पत्रको कुनै छाँयाप्रति मुलप्रति सरह वैध हुनेछ ।

स्थान: *Name of MBL Branch or  
Customer Home Address*

आवेदकको सही: *customer sign*

आवेदकको पूरा नाम: *Pratima Bhandari*

मिति: 2077/04/12