



सिद्धार्थ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय: सिद्धार्थ इन्स्योरेन्स भवन, चौथो तल्ला, बबरमहल (हनुमानस्थान),
पोष्ट बक्स नं. २४८७६, काठमाडौं, नेपाल फोन नं.- ५७०५७६६, ५७०७९९०, ५७०५४४७
फ्याक्स: ९७७-१-५७०६७७६ E-mail: info@siddharthinsurance.com

सिद्धार्थ आर्दश नारी दुर्घटना बीमा प्रस्ताव फारामका

(यस प्रस्ताव फारामको महत्वपूर्ण परिभाषा, लाभको तालिका तथा सबै प्रश्नहरू पढि बुझी सबै उत्तर स्पष्ट लेख्नुपर्नेछ।

उत्तर शब्दमा दिनुपर्नेछ तसर्थ रेखा, विन्दु वा अरु कुनै किसिमको चिन्ह उत्तरको रूपमा स्वीकार गरिने छैन)

प्रस्तावकको	पति/पत्नीको विवरण
पूरा नाम :	पूरा नाम :
जन्म मिति :	जन्म मिति :
उचाई : वजन :	उचाई :
शैक्षिक योग्यता :	शैक्षिक योग्यता :
ठेगाना :	ठेगाना :
टेलिफोन :	टेलिफोन :
ई-मेल :	ई-मेल :
पेशा :	पेशा :
बीमाङ्क रकम :	बीमाङ्क रकम :

प्रस्तावित बीमितको पेशा को खास प्रकृति	तलका मध्ये उपयुक्त विकल्प छान्नी उत्तर दिनुहोस्
१. प्रशासनिक, व्यावस्थापकीय, प्रशिक्षण, परामर्श, निरीक्षण जस्ता कार्य ।	
२. सामान्य शारीरिक परिश्रम ।	
३. ट्रेनिङ, राफ्टिङ, पर्वतारोहण जस्ता जोखिमयुक्त कार्य ।	
४. अन्य (यो विकल्प छान्नु परेमा विवरण दिनुहोस्)	

तलका उत्तर दिनुहोस्		
१.	के कुनै बीमकले प्रस्तावित बीमितको जीवन बीमा , दुर्घटना बीमा वा औषधोपचार बीमा गरिदिने सन्दर्भमा विशेष शर्त लगाएको वा कबुल वा करारको माग गरेको थियो ? यदि छ भने छोटकरीमा उल्लेख गर्नुहोस् ।	
२.	के प्रस्तावित बीमितको कुनै अर्को बीमकसंग दुर्घटना बीमा गराउनु भएको छ वा गराउने प्रस्ताव राख्नु भएको छ यदि छ भने बीमकको नाम र बीमाङ्क रकम खुल्ने गरी विवरण दिनुहोस् ।	
३.	के प्रस्तावित बीमितको चोटपटक वा औषधोपचार सम्बन्धी कुनै क्षतिपूर्ति को माग गर्नु भएको थियो ? यदि थियो भने बीमकको सहित क्षतिपूर्ति पाएको मिति, रकम र अन्य विवरण खुलाउनु होस् ।	
४.	के प्रस्तावित बीमित कहिल्यै निम्न रोगबाट पीडित हुनुभएको थियो ? क)पक्षघात (ख)मर्छा सम्बन्धी रोग वा सोको संक्रमण (ग) बाथ वा गठीया बाथ (घ) कान वा कान सम्बन्धी अन्य भागबाट पीप निस्कने रोग भए उल्लेख गर्नुहोस् ।	
५.	प्रस्तावित बीमितको प्रस्ताव स्वीकार गर्ने काममा सहायक सिद्ध हुन सक्ने वानी व्यहोरा वा स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै अन्य उल्लेखनीय स्थिति छ भने सोको विवरण लेख्नुहोस् ।	
६.	प्रस्तावित बीमित आगामी १५ दिन भित्र कुनै यात्रा गर्ने विचारमा हुनुहुन्छ? यदि हुनुहुन्छ भने कति अवधिको लागि ? कृपया ठाउँ पनि उल्लेख गर्नुहोस् ।	
७.	प्रस्तावित बीमित पोलो वा कुनै सवारी साधनको दौड,घोडा दौड , शिकार, पर्वतारोहण, चट्टानरोहण वा कुनै अन्य जोखिमपूर्ण कार्यमा संलग्न हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस् ।	
८.	प्रस्तावित बीमितको साप्ताहिक आय रकम कति हुन्छ ? अंक र अक्षर दुवैमा लेख्नुहोस्	अंकमा : अक्षरमा :
९.	बीमालेखको अवधि भित्र दुर्घटनाबाट बीमितको मृत्यु भएको खण्डमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम प्राप्त गर्ने व्यक्ति इच्छाउन चाहनुहुन्छ ? यदि चाहानुहुन्छ भने इच्छाएको व्यक्तिको विवरण दिनुहोस् । (बीमितको इच्छाएको छ भने इच्छाएको व्यक्तिको विवरणलाई बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख गरिने छ । यदि बीमितले बीमा अवधिभित्र इच्छाएको व्यक्ति बदल्न चाहेमा नयाँ इच्छाएको व्यक्तिको विवरण र सक्कली बीमा लेख बीमकको कार्यलयमा पठाउनु पर्नेछ । विमकले बीमालेखमा परिवर्तन नगरेसम्म इच्छाएको व्यक्तिको परिवर्तनले कानून मान्यता पाउने छैन । जिवित भए स्वयं बीमित, सो नभए बीमितले इच्छाएको व्यक्ति , सो नभए बीमा ऐन २०४९को दफा ३८ अनुसार बीमितको आश्रित व्यक्तिले प्रस्तावित बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी पाउने छ ।	इच्छाएको व्यक्तिको : १. नाम थर : २. माताको नाम थर : ३. पिताको नाम थर : ४. बीमितको र इच्छाएको व्यक्तिको नाता:
९.	बीमा अवधिदेखिसम्म.....	

म/हामी यसद्वारा घोषणा गर्दछु/गर्दछौं उपरोक्त विवरण र उत्तरहरु मैले/हामीले राम्ररी बुझेर दिएको हुँ/हौ र सबै उत्तर सही छन् तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण छ र मैले/हामीले कुनै सूचना जानाजान लुकाएको छैन । माथि उल्लेखित विवरण/उत्तर कुनै असत्यता पाइएमा प्रस्तावित बीमा करार पूर्ण रुपमा रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा म/हामी सहमत छु/छौं । यो घोषणा र माथि उल्लेखित उत्तर मेरो/हाम्रो र सिद्धार्थ इन्स्योरेन्स लि. बीचको करारको आधार हुनेछ ।

मिति :

अभिकर्ताको नाम :

प्रस्तावकको हस्ताक्षर :