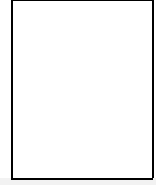




सिद्धार्थ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

केन्द्रीय कार्यालय: सिद्धार्थ इन्स्योरेन्स भवन (चौथो तल्ला) बबरमहल, हनुमानस्थान
पो.ब.न. २४८७६ काठमाडौं, नेपाल, फोन न. ०१ -५७०५७६६, ५७०७९९०, ५७०५४४७



कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमालेखको प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फारम

प्रस्ताव फारम भर्दा ध्यान दिनु पर्ने

- कृपया सबै प्रश्नहरूको सहि र पूर्ण उत्तर दिनुहोला । कुनै प्रश्न असान्दर्भिक भएमा सोहि अनुसार लेख्नुहोला । विवरण दिनु पर्ने स्थान अपुग भएमा अतिरिक्त पृष्ठमा लेखी संलग्न गर्न सकिने छ ।
- प्रस्ताव फारम भर्दा व्यक्तिगत विवरण दिदा र सम्बन्धित कागजात पेश गर्ने सिलसिलामा मूलभूत विवरण दिदा भुट्टा विवरण दिएमा, वास्तविकता लुकाई भुट्टा कुरा उल्लेख गरेमा वा वास्तविकताको उल्लेख गर्दा कुनै वस्तुगत तथ्य छुट हुन गएमा यो बीमालेख अन्तर्गत पाइने लाभ रद्द हुन सक्नेछ ।
- प्रस्ताव फारमको सम्बन्धमा कुनै शंका भएमा वा कुनै स्पष्टिकरण आवश्यक भएमा सम्बन्धित बीमक (बीमा कम्पनी) को कार्यालयमा सम्पर्क राख्नु पर्नेछ ।

बीमाबाट पाइने लाभहरू

बीमालेख अन्तर्गत कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको Polymerase Chain Reaction (PCR) Test Positive (पिसिआर परीक्षण) बाट पुष्टि भएमा बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख भएको बीमा रकम बीमितलाई र दावी भुक्तानी नहुदै बीमितको मृत्यु भएमा बीमितको ईच्छाइएको व्यक्ति वा कानूनी हकदारलाई दावी भुक्तानी दिईने छ ।

क) प्रस्तावकको विवरण

- | | | | |
|-------------------|---|-------------------------|---|
| - प्रस्तावकको नाम | : | - नागरिकता नं. | : |
| - ठेगाना | : | - स्थायी लेखा (PAN) नं. | : |
| - पेशा | : | - सम्पर्क नं. | : |
| - बीमा रकम | : | | |

ख) बीमा गर्नु पर्ने व्यक्तिहरूको विवरण

क्र.सं.	नाम	उमेर	पेशा	प्रस्तावकसंग नाता	नागरिकता नं./परिचयपत्र नं.	ईच्छाइएको व्यक्तिको नाम र नाता
१.						
२.						
३.						
४.						
५.						

द्रष्टव्य: बीमा गर्नु पर्ने प्रत्येक व्यक्तिहरूको अधिकार प्राप्त निकायबाट जारी भएको परिचय खुल्ने कागजात (नागरिकता, राहदानी, मतदाता परिचय पत्र, सवारी चालन अनुमति पत्र वा स्थायी लेखा नम्बर परिचय-पत्रको फोटोकपी) यस प्रस्ताव फारमको साथमा पेश गर्नु पर्नेछ ।

उद्घोषणा:

- कम्पनी वा कम्पनीका प्रतिनिधिले माथिका सबै वा केहि सूचनाहरू अन्य कम्पनी वा सरकारी/कानूनी निकायलाई पेश गरेमा मेरो मञ्जुरी रहनेछ ।
- बीमा गर्नु भन्दा पहिले देखी म लगायत मेरो परिवारका सदस्यहरूमा कोरोना (COVID-19) रोग सक्रमण नभएको घोषणा गर्दछु । साथै, बीमालेख शुरु भएको मिति देखि ३० दिनसम्म सो कोरोना रोग सक्रमण भएमा दावी नलाग्ने विषयमा सहमत भएको घोषणा गर्दछु ।
- प्रस्ताव फारम वा व्यक्तिगत बयान वा घोषणा वा यस संग सम्बन्धित कागजपत्रमा उल्लेखित कुनै सूचना असत्य वा भुट्टो भएमा वा लुकाएमा वा बढाई चढाई गरेमा मैले पाउने बीमा लाभबाट बंचित हुने कुरामा म सहमत छु ।
- मैले जानेबुझेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरू ठीक सांचो छन् । मैले कुनै वास्तविक सूचना लुकाएको, छिपाएको वा गलत बयान गरेको छैन भनी प्रमाणित र घोषणा गर्दछु । म बीमा कम्पनीद्वारा बीमालेखको शर्त, संलग्न सम्पूष्णमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

प्रस्तावकको औठा छाप
दायाँ बायाँ

स्थान :

मिति :

प्रस्तावकको सही