

दुर्घटना लघुबीमालेख

(नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट लघु बीमकका लागि जारी बीमालेख)

बीमितले बीमा वापत लाग्ने पुरा बीमाशुल्क भुक्तानी गरेको हुनाले बीमितले पेश गरेको प्रस्ताव फाराम तथा उद्घोषणको आधारमा बीमा ऐन, २०७९ को अधिनमा रही बीमक श्री.....ले यो बीमालेख जारी गरेको छ।

१. **प्रारम्भ:** बीमितले बीमाशुल्क भुक्तानी गरेको मिति देखि जोखिम रक्षावरण प्रारम्भ हुनेछ।
२. **बीमादर:** यस बीमाको बीमादर प्रतिहजार पचहत्तर पैसा हुनेछ।
३. **क्षतिपूर्ति पाउने अवस्था:** बीमा अवधि भित्र दुर्घटनाका कारणले भएको क्षतिको बीमकले बीमांकको सिमा तथा बीमालेखको शर्तहरूको अधिनमा रही देहाय बमोजिम क्षतिपूर्ति प्रदान गर्नेछ:
 - (१) मृत्यु भएमा बीमाङ्क रकम र काज किरिया खर्च बापत बीमाङ्कको १० प्रतिशत वा रु दश हजार रुपैयाँ मध्ये जुन बढी हुन्छ सो रकम।
 - (२) देहाय बमोजिम स्थायी पूर्ण अशक्त भएमा:
 - (क) कुनै एउटा हात वा कुनै एउटा खुट्टा वा दुवै आँखा पुनः दृष्टि नफर्कने गरी काम नलाग्ने भएमा वा पुनः श्रवणशक्ति नफर्कने गरी दुवै कान नसुन्ने भएमा वा सधैंको लागि बोलन नसक्ने भएमा वा ठिक नहुने गरी मेरुदण्ड काम नलाग्ने भएमा वा दुर्घटनाको कारण पूर्ण अशक्त भएमा बीमाङ्कको शत प्रतिशत
 - (ख) एउटा आँखा पुनः दृष्टि नफर्कने गरी काम नलाग्ने भएमा वा पुनः श्रवणशक्ति नफर्कने गरी एउटा कान नसुन्ने भएमा बीमाङ्कको पचास प्रतिशत
 - (ग) हात वा खुट्टाको औँला काम नलाग्ने भएमा प्रति औँला बीमाङ्कको बीस प्रतिशत
 - (घ) शरिरको अन्य कुनै अंगमा क्षति भई काम नलाग्ने भएमा चिकित्सकको सिफारिस बमोजिम बीमाङ्कको दश प्रतिशत
 - (३) औषधी उपचार गर्दा खर्च भएको रकम बीमांक वा एक लाख रुपैयाँ मध्ये जुन कम हुन्छ सो को सिमा भित्र रही बिल बमोजिम।
४. **अपवाद:** देहायको कारणले भएको क्षतिको क्षतिपूर्ति बीमकले प्रदान गर्ने छैन:
 - (१) जानी जानी आफैँले लगाएको चोट, आत्महत्या वा आत्महत्याको प्रयासको कारणले भएको दुर्घटना,
 - (२) मादक पदार्थ सेवन वा लागू औषधको प्रयोग वा मानसिक सन्तुलन ठिक नभएको कारणले भएको दुर्घटना,
 - (३) मानव जीवन रक्षा गर्दा बाहेक नचाहिदो खतरा मोल्दा, जोखिमपूर्ण खेलकुद वा क्रियाकलापमा संलग्न भएमा वा अपराधिक कार्य गर्दा भएको दुर्घटना,
५. **बीमाका शर्तहरू:** (१) एउटै बीमितको एक भन्दा बढी बीमकबाट बीमा गर्न पाइने छैन।
 - (२) बीमित स्थायी पूर्ण अशक्त भएको कुरा मान्यता प्राप्त चिकित्सकबाट प्रमाणित हुनु पर्नेछ।
 - (३) बीमितले झुठ्या, गलत विवरण दिएमा वा जालसाजीपूर्ण दाबी गरेमा वा बीमालेखको शर्त उल्लंघन गरेमा बीमकले दाबी भुक्तानी गर्नेछैन।
 - (४) बीमित दुर्घटनामा परे तुरुन्तै बीमकलाई खबर गर्नु पर्नेछ र अपराधिक क्रियाकलाप समेत भएको रहेछ भने नजिकको प्रहरी कार्यालयमा समेत खबर गर्नु पर्नेछ।
 - (५) बीमक तथा बीमितले बीमालेखको एक एक प्रति आफूसंग राख्नुपर्नेछ।
६. **उजुरी दिन सकिने:** दावी सम्बन्धमा कुनै विवाद उत्पन्न भएमा नेपाल बीमा प्राधिकरणमा उजुरी दिन सकिनेछ।

बीमालेखको तालिका

बीमकको कोड:	बीमालेख नम्बर
जारी भएको शाखाको कोड:	बीमा प्रारम्भ मिति र समय:
बीमा अभिकर्ताको	बीमा समाप्ति मिति:
नाम:	बीमाशुल्क रसिदको नम्बर/ मिति र समय:
इजाजतपत्र नम्बर:	
बीमितको	बीमालेख: व्यक्तिगत/सामूहिक
नाम थर:	बीमित सदस्य संख्या:
ठेगाना:	
सम्पर्क नम्बर:	
प्रस्तावकको (बीमित र प्रस्तावक फरक भएमा)	बीमालेख धारकको
नाम थर:	नाम थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
सम्पर्क नम्बर:	प्रस्ताव मिति:
बीमाङ्क रकम	
अंकमा: (क)	अक्षरमा:
बीमादर: (ख)
बीमाशुल्क:	(क) x (ख) = (ग)
प्रत्यक्ष छुट (यदि अभिकर्ता प्रयोग नगरी बीमा गरिएको भएमा)	(ग) x ५ % = (घ) / ०
छुट पश्चातको बीमाशुल्क:	(ग) - (घ) = (ङ)
मुल्य अभिवृद्धि कर रकम	(ङ) x १३% = (च)
टिकट दस्तुर: (छ)
कुल जम्मा बीमाशुल्क रकम:	(ङ) + (च) + (छ) = (ज)

मिति:

जाच्ने:

(आधिकारिक हस्ताक्षर)

नाम/ पद:

प्रस्ताव फाराम (ग्राहक पहिचान विवरण सहित)

हालसालै
खिचेको
बीमितको फोटो

बीमालेखको नाम:

१. **बीमित व्यक्तिको विवरण:**

बीमितको नाम थर:.....
 बुवा को नाम थर:..... बाजेको नाम थर:.....
 पति/पत्नीको नाम थर:.....
 अन्य परिवारको सदस्य (नाता सहित): १ २.....

वैवाहिक अवस्था: विवाहित अविवाहित अन्य कृपया खुलाउनुहोस:

लिङ्ग: पुरुष महिला अन्य

नागरिकता: जन्म मिति (वि.स./ई.सं)
 नागरिकता नं जारी जिल्ला..... जारी मिति
 पेशा:

स्थायी ठेगाना:

प्रदेश:.....जिल्ला:.....गाँउपालिका/नगरपालिका:.....वडा नं.....टोल:..... घर नं.
 (भएमा) : फोन नं. (भएमा) : ईमेल: (भएमा) : पेशा/व्यवसाय /कारोबारको विवरण (भएमा) :
मोवाइल नं.:

अस्थायी ठेगाना:

प्रदेश:.....जिल्ला:.....गाँउपालिका/नगरपालिका:.....वडानं.....टोल:..... घर नं.
 (भएमा) : फोन नं. (भएमा) : ईमेल: (भएमा) : पेशा/व्यवसाय /कारोबारको विवरण (भएमा) :
मोवाइल नं.:

द्रष्टव्य: यदि बीमित र प्रस्तावक फरक भएमा दुवैको अलग अलग विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

प्रस्तावक (भएमा) को विवरण:

नामथर:.....प्रदेश:.....जिल्ला:.....गाँउपालिका/नगरपालिका:.....वडानं.....
 टोल:..... घर नं. (भएमा) : फोन नं. (भएमा) : ईमेल: (भएमा) : पेशा/व्यवसाय /कारोबारको
 विवरण (भएमा) :मोवाइल नं.:

२. **सामूहिक बीमा भए बीमालेख धारकको विवरण:**

नामथर:प्रदेश: जिल्ला:..... गाँउपालिका/नगरपालिका:.....वडा
 नं..... टोल:..... फोन नं. (भएमा) : ईमेल: (भएमा) : संस्था भए दर्ता नं. र प्यान
 नं. पेशा/व्यवसाय /कारोबारको विवरण (भएमा) : संस्था र बीमित बिचको
 सम्बन्ध:.....

द्रष्टव्य: समूहमा संलग्न भएका सबै बीमितको विवरण प्रस्ताव फारामसँगै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।

३. **बीमाको अवधि:**

मिति: समय: देखि..... सम्म (कूल..... महिना..... दिन)

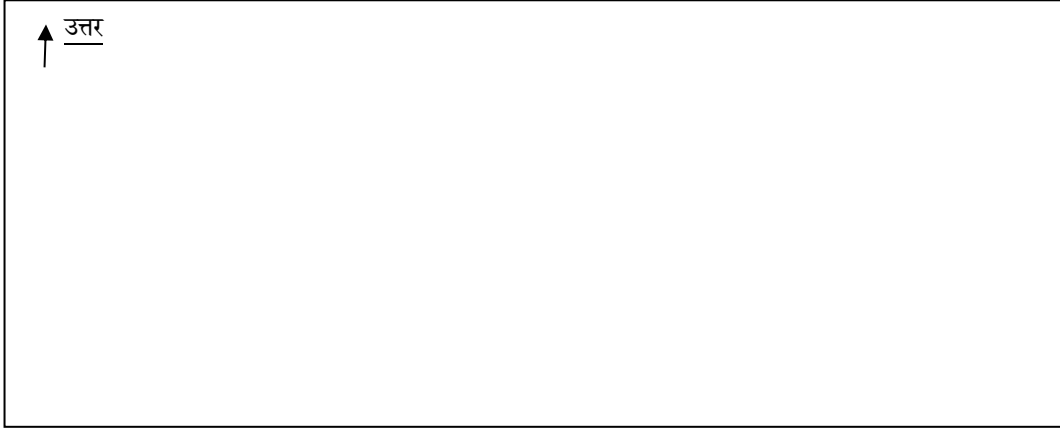
४. **यस अघि यस्तै प्रकृतीको बीमा गरी बीमा दावी लिनु भएको थियो? थियो भने उल्लेख गर्नुहोस् ।**

.....

५. **यस प्रस्ताव फाराममा माथि उल्लेख गरिएका बाहेक छुट हुन गएका केही विवरणहरू छन् भने उल्लेख गर्नुहोस् ।**

.....

६. नजिकको सीमा चिन्ह:



७. उद्घोषण:

म/हामी.....यस प्रस्तावद्वारा घोषणा गर्दछौं की यस प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएका तथ्य, विवरण, सूचना तथा जानकारी लुकाए छिपाएको छैन। कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको प्रमाणित भएमा बीमालेख रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा म/हामी स्वीकार गर्दछु/ गर्दछौं।

बीमित/प्रस्तावकको औठाछाप

--	--

आधिकारिक हस्ताक्षर

नाम:.....

पद:

मिति:.....

बीमित/प्रस्तावकको हस्ताक्षर/छाप:

नोट: बीमितले सत्य तथ्य विवरण उल्लेख गरी पूरा प्रस्ताव फाराम भर्नु पर्नेछ र कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको प्रमाणित भएमा बीमालेख रद्द हुनेछ।