

## अस्पताल भर्ना लघुबीमालेख

(नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट लघु बीमकका लागि जारी बीमालेख)

बीमितले बीमा वापत लाने 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 प्रति व्यक्ति प्रति हजार सात रुपैयाँ र प्रति परिवार पन्ध्र रुपैयाँ हुनेछ। परिवारमा थप प्रतिव्यक्तिको बीमादर प्रति हजार चार रुपैयाँ हुनेछ।
३. **क्षतिपूर्ति पाउने अवस्था:** बीमितले बीमा अवधि भित्र कुनै रोग वा बिमारी वा दुर्घटनाको कारणबाट अस्पताल भर्ना भई उपचार गरेमा बीमकले बीमांकको सिमा तथा बीमालेखको शर्तहरूको अधिनमा रही देहाय बमोजिम क्षतिपूर्ति प्रदान गर्नेछ:

सुविधा तालिका	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● शैथ्या शुल्क वापत</li> <li>● उपचार खर्च वापत (चिकित्सक शुल्क, जाँच/परीक्षण तथा शल्यकृया)</li> <li>● औषधी खर्च वापत</li> <li>● गर्भावस्थाको कारणले अस्पताल भर्ना हुँदा (शल्यकृया समेत)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● बीमा अवधिभर अधिकतम बीमाङ्कको ३० प्रतिशत।</li> <li>● बीमा अवधिभर अधिकतम बीमांकको ६० प्रतिशत।</li> <li>● बीमा अवधिभर अधिकतम बीमांकको १० प्रतिशत।</li> <li>● बीमा अवधिभर बील बमोजिमको रकम वा अधिकतम १० हजार रुपैया हुनेछ।</li> </ul>

४. **अपवाद:** देहायको कारणले भएको अस्पताल भर्नाको क्षतिपूर्ति बीमकले प्रदान गर्ने छैन:

- (१) जानी जानी आफैले लगाएको चोट, आत्महत्याको प्रयास,
- (२) कुनै पनि सौन्दर्यका लागि गरिने औषधी उपचारहरू,
- (३) यौन रोगसँग सम्बन्धित कुनै पनि रोग, मादक पदार्थ सेवन वा लागू औषधिको प्रयोग,
- (४) डिस्चार्ज मिति पश्चातको उपचार खर्च र उपचारको क्रममा चिकित्सकले लेखिदिएको बाहेकका भिटामिन तथा औषधीहरू,
- (५) स्वेच्छिक गर्भपतन, बाँझोपनसँग सम्बन्धित खर्चहरू,
- (६) बीमालेख प्रारम्भ हुनुभन्दा अगाडि विद्यमान रोगहरू।

५. **बीमाका शर्तहरू:** (१) बीमित अस्पताल भर्ना भएको जानकारी बीमकलाई छिटो सुचनाको माध्यमद्वारा दिनु पर्नेछ।

- (२) बीमितले झुठ्ठा, गलत विवरण दिएमा वा जालसाजीपूर्ण दाबी गरेमा वा बीमालेखको शर्त उल्लंघन गरेमा बीमकले दाबी भुक्तानी गर्नेछैन।
- (३) डाक्टर / चिकित्सकको सिफारिस बमोजिम नेपाल बाहिर उपचारको लागि भर्ना हुँदाको खर्च समेत बहन गरिनेछ।
- (४) बीमा गर्दा बीमितको उमेर अधिकतम ६५ वर्ष वा सो भन्दा कम हुनुपर्नेछ।
- (५) बीमा प्रारम्भ भएको ३० दिन भित्र (दुर्घटना भई अस्पताल भर्ना भएको अवस्थामा बाहेक) को खर्च बीमकले भुक्तानी गर्नेछैन, तर बीमालेख निरन्तरताको अवस्थामा यो शर्त लागू हुने छैन।
- (६) बीमकले एक बीमा अवधिभित्र एक परिवारको लागि बीमांक रकम भन्दा बढि रकम भुक्तानी गर्ने छैन।
- (७) बीमक तथा बीमितले बीमालेखको एक एक प्रति आफूसँग राख्नुपर्नेछ।

६. **बीमा दाबी प्रकृया:** (१) बीमा दाबी गर्दा खर्च भएको रकमको सकल बील पेश गर्नुपर्नेछ र जाँच/परीक्षण रिपोर्ट, डिस्चार्ज कागजातको प्रतिलिपि पेश गर्नुपर्नेछ।

- (२) बीमितलाई दाबी रकम भुक्तानी गर्दा भुक्तानी गरिने रकमको १ प्रतिशत वा रु.५०० जुन बढी हुन्छ सो रकम कट्टा गरी बाँकी रकम मात्र भुक्तानी गरिनेछ।
- (३) बीमितले उपचार गराएको आवश्यक कागजात बीमकलाई पेश गरेको १५ दिनभित्र बीमकले दाबी भुक्तानी गर्नुपर्नेछ।

७. **परिभाषा:** (१) परिवार भन्नाले एकाघरमा बस्ने बीमित/निजको श्रीमान वा श्रीमती तथा छोरा/छोरी (अविवाहित) गरी बढीमा ५ जना सदस्यहरू हुनेछन्।

- (२) अस्पताल भर्ना भन्नाले चिकित्सकको सिफारीसमा सरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको अवस्था सम्झनुपर्छ।

८. **उजुरी दिन सकिने:** दाबी 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: ... ..
<b>बीमा अधिकर्ताको</b>		बीमा समाप्ति मिति: ... ..
नाम: ... ..		बीमाशुल्क रसिदको नम्बर/ मिति र समय: ... ..
इजाजतपत्र नम्बर: ... ..		
<b>बीमितको</b>	<b>बीमा गरिने परिवारको सदस्यहरूको नाम</b>	बीमालेख: व्यक्तिगत/सामूहिक
नाम थर: ... ..	१..... २.....	बीमित सदस्य संख्या: ... ..
ठेगाना: ... ..	३..... ४.....	
सम्पर्क नम्बर: ... ..		
<b>प्रस्तावकको ( बीमित र प्रस्तावक फरक भएमा)</b>		<b>बीमालेख धारकको</b>
नाम थर: ... ..		नाम थर: ... ..
ठेगाना: ... ..		ठेगाना: ... ..
सम्पर्क नम्बर: ... ..		प्रस्ताव मिति: ... ..
<b>बीमाङ्क रकम</b>		
अंकमा: ... .. (क)		अक्षरमा: ... ..
बीमादर:	... .. (ख)	
बीमाशुल्क:	(क) x (ख) = ... .. (ग)	
प्रत्यक्ष छुट (यदि अधिकर्ता 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)	
<b>कुल जम्मा बीमाशुल्क रकम:</b>	<b>(ङ) + (च) + (छ) = ... .. (ज)</b>	
मिति: .....	जाचे: .....	(आधिकारिक हस्ताक्षर)
		नाम/ पद: .....

प्रस्ताव फाराम (ग्राहक पहिचान विवरण सहित)

हालसालै  
खिचेको  
बीमितको फोटो

बीमालेखको नाम:

१. बीमित व्यक्तिको विवरण:

बीमितको नाम थर:.....

बुवाको नाम थर:.....

बाजेको नाम थर:.....

पति/पत्नीको नाम थर:.....

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. बीमा गरिने परिवारको सदस्यहरूको विवरण:

क्र.सं.	नाम	नाता
१.		
२.		
३.		
४.		

३. 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 ।४. बीमाको अवधि:

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

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

.....

६. कुनै विद्यमान रोग छ वा हाल कुनै रोग लागेर उपचारत हुनुहुन्छ ? छ भने उल्लेख गर्नुहोस् ।

.....

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

.....

८. नजिकको सीमा चिन्ह:

↑ उत्तर

९. 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 ।