



**सगरमाथा**  
इन्स्योरेन्स कं. लि.  
**Sagarmatha**  
INSURANCE COMPANY LTD.

व्यक्तिगत दुर्घटना लघु बीमाको  
प्रस्ताव फाराम

(A JOINT VENTURE WITH CEYLINCO INSURANCE PLC, SRI LANKA)

केन्द्रीय कार्यालय: "सुरक्षण" भवन, भगवती मार्ग, नक्साल, पोष्ट बक्स नं. १२२११, काठमाडौं, नेपाल  
फोन: ४४१२३६७, फ्याक्स: ९७७-१-४४१२३७८

E-mail: sagarmatha@insurance.wlink.com.np, Web: www.sagarmathainsurance.com.np

(यस प्रस्ताव फारामको महत्वपूर्ण परिभाषाहरू, लाभको तालिका तथा सबै प्रश्नहरू पढी बुझी सबै उत्तर स्पष्ट लेखनुपर्छ ।  
उत्तर शब्दमा दिनुपर्छ तसर्थ रेखा, विन्दु वा अरु कुनै किसिमको चिन्ह उत्तरको रूपमा स्वीकार गरिने छैन)

प्रस्तावकको	पूरा नाम :	प्रस्तावक भन्दा फरक ब्यक्तिको लागि बीमा प्रस्ताव गरिएको भएमा निजको	पूरा नाम :
	जन्म मिति :		जन्म मिति :
	उचाई: वजन :		उचाई: वजन :
	शैक्षिक योग्यता :		शैक्षिक योग्यता :
	ठेगाना :		ठेगाना :
	टेलिफोन :		टेलिफोन :
	ई-मेल :		ई-मेल :
	पेशा :		पेशा :
	बीमाङ्क रकम:		बीमाङ्क रकम:

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

तलका लाभको समूहमध्ये उपयुक्त विकल्प छानी उत्तर दिनुहोस् (छानिएको विकल्प अनुसार बीमाशुल्क लाग्नेछ)	
१.	तपाईं निम्न मध्ये कुन लाभको समूह लिन चाहनु हुन्छ ? (१) लाभको तालिकाको खण्ड "क" देखि "ड" सम्म (२) लाभको तालिकाको खण्ड "क" देखि "घ" सम्म (३) लाभको तालिकाको खण्ड "क" देखि "ग" सम्म (४) लाभको तालिकाको खण्ड "क" मात्र
२.	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 थियो भने छोटकरीमा उल्लेख गर्नुहोस् ।

३.	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 ।	
४.	के प्रस्तावित बीमितको चोटपटक वा औषधोपचार सम्बन्धी कुनै क्षतिपूर्तिको माग गर्नु भएको वा पाउनु भएको थियो ? यदि थियो भने बीमकको नाम सहित क्षतिपूर्ति पाएको मिति, रकम र अन्य विवरण खुलाउनु होस् ।	
५.	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 ।	
६.	प्रस्तावित बीमितको प्रस्ताव स्वीकार गर्ने काममा सहायक सिद्ध हुन सक्ने बानी व्यहोरा वा स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै अन्य उल्लेखनीय स्थिति छ भने सोको विवरण लेख्नुहोस् ।	
७.	प्रस्तावित बीमित आगामी १५ दिन भित्र कुनै यात्रा गर्ने विचारमा हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने कति अवधिको लागि ? कृपया ठाउँ पनि उल्लेख गर्नुहोस् ।	
८.	प्रस्तावित बीमितको साप्ताहिक आय रकम कति हुन्छ ? अंक र अक्षर दुवैमा लेख्नुहोस् ।	अंकमा : अक्षरमा :
९.	प्रस्तावित बीमित पोलो वा कुनै सवारी साधनको दौड, घोडा दौड, शिकार, पर्वतारोहण, चट्टानरोहण वा कुनै अन्य जोखिमपूर्ण कार्यमा संलग्न हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस् ।	
१०.	बीमालेखको अवधि भित्र दुर्घटनाबाट बीमितको मृत्यु भएको खण्डमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम प्राप्त गर्ने व्यक्ति इच्छाउन चाहनुहुन्छ ? यदि चाहनुहुन्छ भने इच्छाएको व्यक्तिको विवरण दिनुहोस् ।	
	(बीमितले इच्छाएको छ भने इच्छाएको व्यक्तिको विवरणलाई बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख गरिने छ । यदि बीमितले बीमा अवधिभित्र इच्छाएको व्यक्ति बदल्न चाहेमा नयाँ इच्छाएको व्यक्तिको विवरण र सक्कल बीमालेख बीमकको कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ । बीमकले बीमालेखमा परिवर्तन नगरेसम्म इच्छाएको व्यक्तिको परिवर्तनले कानूनी मान्यता पाउने छैन । बीमितको दुर्घटनाबाट मृत्यु हुँदा इच्छाएको व्यक्ति जीवित भएमा मात्र निजलाई बीमालेख अन्तर्गतको रकम भुक्तानी गरिनेछ ।) जीवित भए स्वयं बीमित, सो नभए बीमितले इच्छाएको व्यक्ति, सो नभए बीमा ऐन, २०४९ को 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. बीमित र इच्छाएको व्यक्तिको नाता:
११.	बीमा अवधि :..... देखि .....	..... सम्म

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

मिति :

अभिकर्ताको नाम:

प्रस्तावकको हस्ताक्षर :