



अनुसूची १
नेपाल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

केन्द्रिय कार्यालय
कमलादी, काठमाडौं

निक्षेपकर्ता (खातावाला) बीमा-प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फारम निक्षेपकर्ता (खातावाला) ले भर्नुपर्ने

क) अ. बीमित बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम: कुमारी बैंक लि.
आ. बीमकको नाम: नेपाल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

ख) निक्षेपकर्ता (खातावाल) को विवरण:

निक्षेपकर्ता (खातावाल) नाम:
नागरिकता नं.:
जन्म मिति:
लिंग: पुरुष महिला अन्य
ठेगाना:
पेशा:
मोबाईल नं.:
ईमेल:

निक्षेपकर्ताको फोटो

ग) इच्छाएको व्यक्तिको विवरण

इच्छाएको व्यक्तिको नाम:
निक्षेपकर्ता (खातावाल) सँगको नाता:
ठेगाना:
सम्पर्क नं.

दा.

बा.

घ) निक्षेपकर्ता (खातावाल) को स्वास्थ्य विवरण:

शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको स्थिति:
कुनै रोगबाट विगतमा वा हाल गराएको उपचार:
अन्य कुनै उल्लेखनीय स्वास्थ्य स्थिति वा बानी ब्यहोरा:

ड)	निक्षेपकर्ता (खातावाल) को स्वास्थ्यको अवस्था (घातक रोगहरुको लागि बीमा लाभ आवश्यक भएमा मात्र) खातावाल लाई तलका मध्ये कुनै एक वा एक भन्दा बढी रोगको पहिचान भएको, रोग लागेको, रोगको लक्षण देखिएको वा रोगको उपचार गरेको भए सो रोगमा (✓) चिन्ह लगाउनु होला ।	निक्षेपकर्ता (खातावाल) को हकमा
१.	अवुर्द रोग (Cancer)	
२.	अन्तिम अवस्थाको किडनी निष्क्रियता -नियमित डायलाइसिस गरिरहनु पर्ने (End Stage Renal Failure Requiring Regular Dialysis)	
३.	शरीरको स्नायु तन्त्रमा हुने खराबी वा मल्टिपल स्क्लेरोसिस (Multiple Sclerosis)	
४.	दिमागको ट्युमर (Benign Brain Tumor)	
५.	नशा सम्बन्धी रोग पार्किन्सन (Parkinson's Disease)	
६.	अन्तिम अवस्थाको लिभरको रोग (End Stage Liver Disease)	
७.	नशाको कार्यक्षमता ह्रास हुँदै जाने रोग अल्जाईमर्स (Alzheimer's Disease)	
८.	शरीरको अत्यावश्यक मुख्य अंग वा बोन म्यारोको प्रत्यारोपन (Major Organ/Bone Marrow Transplantation)	
९.	मुटुको भल्व प्रतस्थापन वा मर्मत गर्ने कार्य (Heart Valve Replacement or Repair)	
१०.	मुटुको रक्तनलीको बाइपास शल्यक्रिया (Coronary Artery Bypass Graft)	
११.	शरीरको मुख्य धमनी (मुटुदेखि पेटसम्म) को शल्यक्रिया (Surgery of Aorta)	
१२.	स्थायी रूपमा रहने स्ट्रोक (मस्तिष्कको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या) वा मस्तिष्कघात (Stoke Resulting in Permanent Symptoms)	
१३.	शरीरको अवयवहरुको स्थायी पक्षघात (प्यारालाइसिस) (Permanent Paralysis of Limbs)	
१४.	पहिलो पटक भएको हर्ट एट्याक (हृदयघात) वा मुटुको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या (Myocardial Infraction or First Heart Attack)	
१५.	अचेत भएर रहने अवस्था "कोमा" (Coma of Specified Severity)	
१६.	शरीरको ५०% भन्दा बढी भाग जलेको अवस्था (Major Burn [At least 50% of body Surface Area])	
१७.	पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको दुबै कान नसुन्ने अवस्था (Total and irreversible loss of hearing in both ear)	
१८.	पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको बोल्न नसक्ने अवस्था (Total and irreversible loss of speech)	

प्रस्तावक हाल वा विगतमा कुनै रोगबाट ग्रसित भएको, कुनै रोगको लागि उपचार गरेको वा कुनै शल्यक्रिया भएको भए प्रस्तावकको रोग र स्वास्थ्य स्थितिको बारेमा विवरण दिनुहोस् ।

मैले जाने बुझेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु ठीक साँचा छन् । मैले कुनै वास्तविक सूचना लुकाएको, छिपाएको वा गलत बयान गरेको छैन भनी प्रमाणित र घोषणा गर्दछु । यो प्रस्ताव बीमक र बैंक बीच हुने करारको आधार हुनेछ भन्ने कुमामा मेरो मञ्जुरी छ र कम्पनीलाई मेरो पेशा, स्वास्थ्य, बानी ब्यवहोरा (लत) को परिवर्तन भएमा सूचना दिन म मञ्जुर गर्दछु तथा कम्पनीद्वारा वीमालेख तथा संलग्न सम्पुष्टिमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

निक्षेपकर्ता (खातावाल) को सहि:

स्थान:

मिति:



स्वास्थ्य सम्बन्धी घोषणा:

म यो घोषण गर्दछु कि म अठार (१८) वर्ष पूरा भई सत्तरी (७०) वर्ष नपुगेको उमेर समूहमा पर्दछु र हाल क्यान्सर (Cancer), एड्स (AIDS), मृगौला (Kidney), कलेजो (Liver) वा फोक्सो (Lungs) सम्बन्धी रोग मस्थिष्क रोग मुटु वा रगत सम्बन्धी रोगको लागि कुनै उपचार गराईरहेको उपचार गराएको वा उपचार गर्न कुनै सल्लाह पाएको छैन र हाल म दुर्घटना वा विरामीको कारण काम गर्न पूर्ण वा आंशिकरूपमा असक्त छैन र म मा कुनै शारीरिक कमजोरी (Impairment) छैन । म यो पनि घोषण गर्दछु की यस घोषणामा दिएको कुनै गलत विवरणले मेरो बीमा रक्षावरणलाई प्रारम्भदेखि नै बदर गराउने छ र बीमा कम्पनीले यस बीमालेख अन्तर्गत कुनै लाभ भुक्तानी गर्ने छैन भन्ने कुरा बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु । बीमा कम्पनीले मलाई कुनै पूर्व विद्यमान अवस्था भएमा र मुख्य बीमालेखमा उल्लेखित अन्य शर्त बन्देजहरु लगू भएमा बीमा लाभ भुक्तानी गर्दैन भन्ने कुरा बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु ।

मेरो बारेमा कुनै विवरण वा सूचना भएको कुनै पनि डाक्टर, अस्पताल, क्लिनिक वा औषधोपचारदाता, कुनै बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै कम्पनी प्रतिष्ठा वा कुनै अन्य व्यक्तिलाई मेरो कुनै पनि अस्वस्थता वा दुर्घटना कुनै औषधोपचार, स्वास्थ्य जाँच, सल्लाह वा अस्पताल भर्ना सम्बन्धी विवरण नक्कल सहित पूर्ण जानकारी बीमकलाई उपलब्ध गराउन म यहाँ अधिकार प्रदान गर्दछु । यस अधिकारपत्रको कुनै छायप्रति मुलप्रति सरह वैध हुनेछ ।

आवेदक:

खातावालाको सहि:

स्थान:

वैवाहिक अवस्था: विवाहित अविवाहित

(खातावाहकले वैवाहिक अवस्थामा परिवर्तन अथवा परिवारमा नयाँ सदस्य थपिएमा बीमा दावीको लागि बैकलाई जानकारी गराउनु पर्ने छ)

खाताको किसिम:

- कुमारी परिवार सुरक्षा बचत खाता
..... कुमारी प्रिमियम स्यालरी खाता
..... अन्य

बीमित परिवार सदस्यको विवरण:

क्र.सं.	नाता	पुरा नाम	नगरिकता नं./ जन्मदर्ता नं.	जन्म मिति
१	श्रीमान/श्रीमती			
२	छोरा/छोरी १			
३	छोरा/छोरी १			

घोषणा:

- म/हामीले सम्पूर्ण खाता सञ्चालन र बीमा सम्बन्धी नियम कानून यस योजनामा उल्लेखित सर्त, नियम मैले स्वविवेकले पढी बुझी लागु गर्न स्वीकार छु ।
- वैवाहिक, पारिवारिक र पेशा सम्बन्धी कुनै परिवर्तन भएमा त्यस्को सम्पूर्ण जानकारी बीमा प्रयोजनको लागि बैकलाई उपलब्ध गराउन म मञ्जुर छु ।
- यो योजना अन्तर्गत रहेको बीमा सेवा कनै कारणवस खोरज भएमा, म त्यस्मा पूर्ण मञ्जुर छु तथा त्यस सेवा बन्द भएमा बीमा दावीको लागि बैकलाई जिम्मेवार ठहराउने छैन ।
- माथी उल्लेखित सूचना र बुझाएका दस्तावेजहरु सबै साँचो र सहि छु यदी भुठो ठहरिएमा त्यस्को सम्पूर्ण जिम्मेवारी म/हामी स्वयम्को हुनेछ ।

खातावालाको सहि: खातावालाको श्रीमान/श्रीमतीको सहि:

खातावालाको सहि: खातावालाको श्रीमान/श्रीमतीको सहि:



Major Exclusion Acceptance Form

Major Exclusions: For Accidental Death Insurance Coverage & PTD

1. Suicide or self-inflicted injury
2. HIV, AIDS
3. Accidental under influence of alcohol, drugs or other intoxicants
4. Learning or operating any aircraft
5. Adventure and dangerous sports like rugby, football, polo, mountaineering (necessitating the use of ropes or guides) or winter sports under water pastimes, water skiing.
6. Child birth and pregnancy
7. Willful participation in illegal act or any violation or attempted violation of the law or resistance to arrest.
8. Claims exceeding 183 days after occurrence of the event. however due to any pandemic situation in future, this condition shall not be implemented until the situation is completely normal.

Major Exclusions: For Medical Insurance (Hospitalization)

1. Patient that are admitted for hospital for below 24 hours.
2. Pre-existing conditions, which are identified before account opening date, shall be excluded for insurance coverage. However, illness identified/diagnosed after account opening date shall be included for relevant insurance coverage.
3. War and related/war like operation/Nuclear weapons/Materials.
4. Preventive treatment, regular checkup or check up for health certificate or general health check-up and package health check-up
5. Dental/Optical check-up & equipment/dental filling and scaling.
6. Intentional self-injury.
7. Cosmetic or elative surgery or treatment or plastic surgery/food/vitamine not related to disease
8. HIV, AIDS & STDs
9. Treatment not related to Allopathic Medicines
10. Pregnancy related
11. Treatment of diseases under Critical Illness.
12. Recurring diseases like DM, HTN, Thyroid & cholesterol
13. Alcohol induced.
14. Treatment done in waiting period i.e. 30 days from account opening or scheme transfer date.
15. Copy of original bills, cash receipt bill, reprint bills, provisional bills, consumption report bills, copy bills, photo copy bills, credit mode bills, advance receipt, deposit slip, discharge breakup summary bill, cash memo bill not covered i.e. only tax invoice or invoice bill is payable.
16. Case of COPD i.e. Chronic Obstructive Pulmonary Diseases not covered
17. Case of implant removal
18. 2% of claim amount subject to minimum NPR 200 on each and every hospitalization claim.

Exclusions for Critical Illness Coverage

1. The insurance company shall not be liable or make any payment for any claim related with normal diagnosis while identifying the critical illness. Only claims for below listed 18 critical illnesses shall be covered by the insurance company.
2. *Pre-existing conditions claims exceeding 183 days after the occurrence of the event.
3. 18 Critical Illness shall only cover: Cancer, end stage renal failure, multiple sclerosis, benign brain tumor, Parkinson's disease, end stage liver disease, Alzheimer's disease, major organ/bone marrow transplant, heart valves replacement or repair, coronary artery bypass graft, surgery of aorta, stroke resulting in permanent symptoms, permanent paralysis of limbs, myocardial infraction or heart attack, coma of specified severity, major burn (at least 50% of body surface area), total and irreversible loss of hearing in both ears and total irreversible loss of speech.

Declaration:

I/We have already read and understand all the major exclusions mentioned above regarding Accidental Death Insurance Coverage & PT, Medical and Critical Illness insurance coverage detailed in the scheme and reiterate my/our consent to comply with such rules and regulations. I agree to comply with the exclusions terms and shall not make may claim against cases associated with the mentioned exclusions.

Name of the account holder: Name of the account holder's spouse:

Account No:

Signature of the account holder: Signature of account holder's spouse:

Date: