

अनुसूची १

सानीमा जीआईसी इन्स्योरेन्स लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय:
काठमाडौं, नेपाल

Email: info@sgic.com.np

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

क) अ. बीमित बैंक वा वित्तीय संस्थाको नाम: कुमारी बैंक लिमिटेड
आ. बीमकको नाम: सानीमा जीआईसी इन्स्योरेन्स लिमिटेड

ख) निक्षेपकर्ता (खातावाल)को विवरण:

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

निक्षेपकर्ताको फोटो

ग) इच्छाङ्कको व्यक्तिको विवरण

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

औंठा छाप

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 व्यहोरा:

उ) निक्षेपकर्ता (खातावाल)को श्रीमान्/श्रीमतीको स्वास्थ्यको अवस्था (घातक रोगहरूको लागि बीमा लाभ आवश्यक भएमा मात्र): खातावाल तथा खातावालको श्रीमान्/श्रीमतीमा 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	निक्षेपकर्ता (खातावाल)को श्रीमान्/श्रीमतीको हकमा
१. अबुर्द रोग (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. अन्तिम अवस्थाको किडनी निस्क्रियता (नियमित डायलाइसिस गरिरहनु पर्ने) (End stage Renal Failure requiring regular Dialysis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. शरीरको स्नायु तन्त्रमा हुने खराबी वा मल्टिपल स्क्लेरोसिस (Multiple Sclerosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. दिमागको ट्यूमर (Benign Brain Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. नशा सम्बन्धी रोग पार्किन्सन (Parkinson's Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. अन्तिम अवस्थाको लिभरको रोग (End Stage Liver disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. नशाको कार्यक्षमता ह्रास हुँदै जाने रोग अल्जाईमर्स (Alzheimer's Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. शरीरको अत्यावश्यक मुख्य अंग वा बोन म्यारोको प्रत्यारोपन (Major Organ/Bone Marrow Tansplantation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
९. मुटुको भल्व प्रतिस्थापन वा मर्मत गर्ने कार्य (Heart Valve Replacement or Repair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१०. मुटुको रक्तनलीको बाइपास शल्यक्रिया (Coronary Artery Bypass Graft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
११. शरीरको मुख्य धमनी (मुटुदेखि पेटसम्म) को शल्यक्रिया (Surgery of Aorta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१२. स्थायी रूपमा रहने स्ट्रोक (मस्तिष्कको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या) वा मस्तिष्क घात (Stroke resulting in Permanent Symptoms)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१३. शरीरको अवयवहरूको स्थायी पक्षघात (प्यारालाइसिस) (Permanent Paralysis of Limbs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१४. पहिलो पटक भएको हर्ट एट्याक (हृदयघात) वा मुटुको रक्त संचार प्रणालीमा आउने समस्या (Myocardial Infarction or First Heart Attack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१५. अचेत भएर रहने अवस्था 'कोमा' (Coma of Specified Severity)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१६. शरीरको ५०% भन्दा बढी भाग जलेको अवस्था (Major Burn [At least 50% of body Surface Area])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१७. पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको दुवै कान नसुन्ने अवस्था (Total and Irreversible loss of hearing in both ear).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१८. पूर्ण तथा निको नहुने गरी भएको बोल्न नसक्ने अवस्था (Total and Irreversible loss of Speech)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 बुझ्नेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरू 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 कुरामा मेरो मञ्जुरी छ र कम्पनीलाई मेरो पेशा, स्वास्थ्य, बानी व्यहोरा (लत) को परिवर्तन भएमा सूचना दिन म मञ्जुर गर्दछु तथा कम्पनीद्वारा बीमालेख तथा संलग्न सम्पुष्टिमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

निक्षेपकर्ता (खातावाल)को सही: _____ निक्षेपकर्ता (खातावाल)को श्रीमान्/श्रीमतीको सही: _____

स्थान: _____

मिति: _____



स्वास्थ्य सम्बन्धी घोषणा:

म यो घोषणा गर्दछु र प्रमाणित गर्दछु कि म सोह्र (१६) वर्ष पूरा भई पैसट्टी वर्ष नपुगेको उमेर समूहमा पर्दछु र हाल म क्यान्सर (Cancer) एड्स (AIDS) मृगौला (Kidney) कलेजो (Liver) वा फोक्सो (Lungs) सम्बन्धी रोग मस्तिष्क 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 आशिकरूपमा असक्त छैन र म मा कुनै शारीरिक कमजोरी (Impairment) छैन । म यो पनि घोषणा गर्दछु कि 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 बन्देजहरू लागु 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 ओषधोपचारदाता, कुनै बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै कम्पनी प्रतिष्ठा वा कुनै अन्य व्यक्तिलाई मेरो कुनै पनि अस्वस्थता वा दुर्घटना कुनै ओषधोपचार, स्वास्थ्य जाँच, सल्लाह वा अस्पताल भर्ना सम्बन्धी विवरणको नक्कल सहित पूर्ण जानकारी बीमकलाई उपलब्ध गराउन म यहाँ अधिकार प्रदान गर्दछु । यस अधिकारपत्रको कुनै छायाँप्रति मुलप्रति सरह वैध हुनेछ ।

आवेदक:

खातावालको सही: _____

खातावालको श्रीमान्/श्रीमतीको सही: _____

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

बीमित परिवार सदस्यको विवरण:

नं.	नाता	पुरा नाम	नागरिकता नं.	जन्म मिति
१	श्रीमान्/श्रीमती			
२	छोरा/छोरी १			
३	छोरा/छोरी २			

घोषण:

- ◆ म/हामीले सम्पूर्ण खाता सन्चालन र बीमा सम्बन्धी नियम कानून यस योजनामा उल्लेखित सर्त, नियम मैले स्वविवेकले पढी बुझी लागू गर्न स्वीकार छु ।
- ◆ वैवाहिक, पारिवारिक र पेशा सम्बन्धी कुनै परिवर्तन भएमा त्यसको सम्पूर्ण जानकारी बीमा प्रयोजनको लागि बैकलाई उपलब्ध गराउन म मञ्जुर छु ।
- ◆ यो योजना अन्तर्गत रहेको बीमा सेवा कुनै कारणवस खारेज भएमा, म त्यसमा पूर्ण मञ्जुर छु तथा त्यस सेवा बन्द भएमा बीमा दावीको लागि बैकलाई जिम्मेवार ठहराउने छैन ।
- ◆ माथी उल्लेखित सूचना र बुझाएका दस्तावेजहरू सबै साँचो र सही छ, यदि भूठो ठहरिएमा त्यसको सम्पूर्ण जिम्मेवारी म/हामी स्वयम्को हुनेछ ।

खातावालको सही: _____

खातावालको श्रीमान्/श्रीमतीको सही: _____

खातावालको नाम: _____

खातावालको श्रीमान्/श्रीमतीको नाम: _____



Major Exclusion Acceptance Form

Major Exclusions: For Accidental Death Insurance Coverage & PTD

The accidental death insurance coverage and PTD policy will not cover the followings:

1. Suicide & Self-inflicted injury
2. HIV, AIDS
3. Accidents under influence of Alcohol, Drugs, or other Intoxicants
4. Learning or operating any Aircraft
5. Adventure & 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 & Pregnancy
7. Willful Participation in Illegal act or any violation or attempted violation of the Law or resistance to arrest.
8. Claims exceeding 170 days after occurrence of the event, however, due to current pandemic situation of COVID 19, this condition shall not be implemented until the lockdown situation is completely lifted up all over Nepal.

Major Exclusions: For Medical Insurance (Domiciliary/ Hospitalization)

The Medical insurance policy will not cover the followings:

1. Pre-existing conditions which are identified before account opening date shall be excluded for insurance coverage. However, illnesses identified / diagnosed after account opening date shall be included for relevant insurance coverage.
2. War & related / War like operation / Nuclear weapons / materials.
3. Preventive Treatment, Regular check-up for Health certificate or General Health check-up.
4. Dental / Optical Equipment / Dental Filling & Scaling.
5. Intentional Self-Injury.
6. Cosmetic or Elative Surgery or Treatment or Plastic Surgery / Food / Vitamin not related to disease.
7. HIV & AIDS
8. Treatment not related to Allopathic Medicines.
9. Pregnancy related.
10. 5% of claim amount subject to minimum of NPR 500.00 on each & every hospitalization and domiciliary claim.
11. Claim exceeding 50 days after final treatment/discharge.

Exclusions for Critical Illnesses Coverage

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.

Pre existing conditions claims exceeding 170 days after the occurrence of the event.

18 Critical Illness shall cover:

Cancer, End stage Renal Failure requiring regular Dialysis, 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 Infarction or First Heart Attack, Coma of Specified Severity, Major Burn (At Least 50% of body Surface Area), Total and Irreversible loss of hearing in both ear and Total and Irreversible loss of Speech.

Declaration:

- I/ we have already read and understood all the major exclusions mentioned above regarding Accidental & PTD, 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 exclusion terms and shall not make any claim against cases associated with the mentioned exclusions.

Name of accountholder: _____

Name of accountholder's spouse: _____

Account No.: _____

Signature of accountholder: _____

Signature of accountholder's spouse: _____

Date: _____