

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय : काठमाण्डौ ।

फोन नं.: फ्याक्स: ईमेल:

कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमालेख

अनुसूचीमा उल्लेख भएको प्रस्ताव तथा उद्घोषणलाई यस करारको आधार मान्ने गरी (बीमकको नाम उल्लेख गर्ने) (यस पछि बीमक भनिएको) ले प्राप्त गरेको र यस अनुसूचीमा उल्लेख गरे बमोजिम बीमाशुल्क भुक्तानी पनि प्राप्त भएकोले;

अनुसूची बमोजिम बीमाशुल्क भुक्तानी गरे बापत कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको अवस्थामा र भुक्तानी पाउने व्यक्तिको कानूनी अधिकार प्रमाणित भएको अवस्थामा यस करारको अधिनमा रहि यस बीमालेख बमोजिमका रकम बीमकले भुक्तानी दिनेछ ।

यस बीमालेखको अनुसूची, लाभको तालिका, परिभाषा, अपवादहरू र शर्तहरू यस करारनामाको अभिन्न अंग मानिनेछ ।

परिभाषा

- बीमित रोग : रोग भन्नाले बीमित व्यक्ति कोरोना भाइरसबाट संक्रमित भई यसको लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय वा सार्वजनिक निकायले निर्धारण गरे अनुसारका Polymerase Chain Reaction (PCR) Test (पिसिआर परीक्षण) गरी सम्बन्धित चिकित्सकबाट कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको पुष्टी भएमा ।
- चिकित्सक : चिकित्सक भन्नाले नेपाल मेडिकल काउन्सिल (Nepal Medical Council) बाट चिकित्सकको कार्य गर्न नियम बमोजिम ईजाजतपत्र प्राप्त व्यक्तिलाई बुझाउँदछ ।
- बीमित व्यक्ति : बीमालेखको अनुसूचीमा नाम उल्लेख भएको व्यक्ति वा व्यक्तिहरूलाई बुझाउँदछ ।
- इच्छाङ्गको व्यक्ति : बीमित व्यक्तिको पिसिआर परीक्षण Polymerase Chain Reaction (PCR) Test Positive भई कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग निदान भएपछि यस बीमालेख अन्तर्गत दावी रकम प्राप्त गर्नको लागि बीमित व्यक्तिद्वारा इच्छाङ्गको व्यक्ति वा व्यक्तिहरू । यदि बीमित व्यक्ति नाबालक भएमा, बीमित व्यक्तिको संरक्षकद्वारा मनोनित व्यक्ति तोकिनेछ । इच्छाङ्गका व्यक्ति नभएमा प्रचलित बीमा ऐन बमोजिम हुनेछ ।
- बीमा अवधि : यस बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख भए अनुसार बीमा शुरु हुने मिति र समय देखि बीमा समाप्त हुने मितिको मध्यरात सम्मको अवधि ।
- सार्वजनिक निकाय : सार्वजनिक निकाय वा अधिकार प्राप्त निकाय भन्नाले कानून लागु गर्न/गराउन सक्ने, कब्जामा लिन सक्ने, आदेश जारी गर्न सक्ने, छानबिन वा निर्णय/न्याय गर्न सक्ने कुनै सरकारी, अर्ध सरकारी, कानूनी/संवैधानिक निकाय वा नियम/कानून बमोजिम अधिकार प्राप्त संस्थालाई बुझाउँदछ ।

दावी भुक्तानी:

यस बीमालेखका शर्त, अवस्था तथा अपवादहरूको अधिनमा रही माथि उल्लेखित रोगको संक्रमण भएमा बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख भएको बीमाङ्क रकम बीमितलाई र दावी भुक्तान नहुँदै बीमितको मृत्यु भएमा बीमितको ईच्छाङ्गको व्यक्ति वा कानूनी हकदारलाई दावी भुक्तानी दिइने छ ।

दावी फछ्यौट विधि:

यस बीमालेख अन्तर्गत बीमित घटनाबाट दावी पर्ने अवस्थामा ७ (सात) दिन भित्र बीमकलाई निम्न कागजातहरू सहित लिखित सूचना दिनु पर्नेछ ।

दाबी फछ्यूँट प्रयोजनका लागि निम्न अनुसारका कागजातहरु पेश गर्नु पर्नेछः

१. बीमितको नाम, रोग शुरु भएको मिति र विवरण,
२. पूर्ण रूपमा भरिएको दाबी फारम,
३. कोरोना रोग पुष्टि भएको परीक्षणको सम्पूर्ण कागजपत्रहरुका साथै अस्पताल भर्ना भएको अवस्थामा भर्ना भएको वा फिर्ता गर्ने समयमा दिने कागज (Discharge Certificate) वा अस्पताल वा चिकित्सकले दिएको कागज ।

दाबी नलाग्ने अवस्था (अपवाद):

१. बीमालेख शुरु हुनु भन्दा पहिले देखि कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग संक्रमण रहेको र बीमालेख शुरु भएको १५ (पन्ध्र) दिन भित्र संक्रमित भएको अवस्थामा दाबी नलाग्ने,
२. कोरोना संक्रमण बाहेक अन्य कुनै रोगहरु लागेको अवस्थामा दाबी नलाग्ने ।

बीमा अवधि:

यस बीमालेखको अवधि बीमालेख शुरु भएको मितिदेखि १२ (बाह्र) महिना सम्म हुनेछ । दाबी परिसकेपछि यो बीमालेख स्वतः समाप्त भएको मानिनेछ । तर, पारिवारिक वा सामूहिक बीमालेखको सम्बन्धमा दाबी परेको व्यक्तिको हकमा मात्र बीमालेख समाप्त हुनेछ, र अन्य व्यक्तिको बीमालेख बीमा अवधिसम्म चालु रहने छ । यो बीमालेख अन्य कुनै पनि कारणले अल्पकालीन रद्द हुने छैन ।

बीमालेखका शर्तहरु:

१. **उमेरको हद**
यस बीमालेख अन्तर्गत समावेश हुन तथा कुनै लाभ प्राप्त गर्न, बीमित व्यक्ति ३ महिना नाघेको र ९९ वर्ष ननाघेको हुनु पर्नेछ ।
२. **अभिलेखको निरिक्षण**
यस बीमालेखको बीमा अवधि भित्र बीमकले कुनै पनि समय यस बीमालेखसँग सम्बन्धित बीमितको अभिलेख (Records) को निरिक्षण गर्न सक्नेछ । यस बीमालेख अन्तर्गतको दाबी प्रकृया र दाबी फछ्यूँट कार्यसँग सम्बन्धित तथ्याङ्क, कागजपत्रहरुको परीक्षण, प्रमाणीकरणको लागि बीमितको कुनै वा सबै प्रतिनिधि अन्तरक्रिया गर्ने अधिकार बीमकसँग हुनेछ । यस काममा बीमितले बीमकलाई आवश्यक सहयोग गर्नु पर्नेछ ।
३. **भौगोलिक सिमितता**
यो बीमालेख नेपालभित्र बसोबास गरेको अवस्थामा मात्र लागु हुनेछ । बीमित व्यक्ति नेपाल बाहिर रहेको अवस्था बीमालेख निस्क्रीय हुनेछ । विदेशबाट नेपाल पुनः फर्केको अवस्थामा नेपाल प्रवेश गरेको १५ दिनपछि बीमा अवधि समाप्त हुने समयसम्मको लागि बीमालेख स्वतः पुनर्जागरण हुनेछ ।
४. **बीमालेखका शर्तहरुको पालन**
बीमितले पालन वा अनुसरण गर्नु पर्ने कायसँग सम्बन्धित अवस्थामा यस बीमालेखका शर्त तथा नियम र बन्देजहरुको अनुसरण र परिपालन गर्नु बीमितको कर्तव्य हुनेछ ।
५. **सावधानी**
बीमित व्यक्तिले आफूलाई कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग संक्रमण लाग्न नदिन उचित सावधानी अपनाउनु पर्नेछ ।

६. **बिशेष व्यवस्था**

यस बीमालेखमा राखिएको, दरपीठ गरिएको वा भिन्दै प्रलेखको रूपमा बीमालेखमा संलग्न गरिएको बिशेष व्यवस्था यसै बीमालेखको भाग मानिनेछ ।

७. **जालसाज युक्त दावी**

कुनै दावी जालसाजीपूर्ण भएमा वा त्यस सिलसिलामा भ्रुष्टा बयान दिई बीमितले वा निजको तर्फबाट काम गर्ने कुनै व्यक्तिले यस बीमालेख अन्तर्गत कुनै लाभ उठाउन खोजेमा वा जानी जानी बीमित वा अन्य कुनै व्यक्तिको मिलेमतोमा कुनै दावी सिर्जना गरेमा बीमित यस बीमालेखको सबै लाभबाट बन्चित हुनेछ ।

८. **बीमालेखमा विवाद**

यस बीमालेख अन्तर्गत कुनै मतभेद उत्पन्न भएमा प्रचलित बीमा ऐन बमोजिम हुनेछ ।

९. **नविकरण सूचना**

बीमितले चाहेको अवस्थामा बीमकले यो बीमालेख नविकरण गर्न सक्नेछ । तर, नविकरण गर्न वा बीमाशुल्क तिर्न बाँकी छ भनी सूचना पठाउन बीमक बाध्य हुने छैन ।

१०. **सूचनाहरु**

यस बीमालेख अन्तर्गतका सूचना, निर्देशन वा आदेश लिखित रूपमा हुलाक मार्फत, इमेल, फ्याक्स वा हस्ते पठाउनु पर्नेछ ।

११. **ग्राहक सेवा**

बीमितलाई कुनै स्पष्टिकरण वा सहयोग चाहिएमा कार्यालय समय भित्र बीमकको कार्यालयमा सम्पर्क गर्न सकिनेछ ।

* * *

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय : काठमाण्डौ ।

फोन नं.: फ्याक्स: इमेल

कोरोना भाइरस (COVID-19)रोग बीमालेखको अनुसूचि

अनुसूचीमा उल्लेख भएको प्रस्ताव तथा उद्घोषणलाई यस करारको आधार मान्ने गरी (बीमकको नाम उल्लेख गर्ने) (यस पछि बीमक भनिएको) ले प्राप्त गरेको र यस अनुसूचीमा उल्लेख गरे बमोजिम बीमाशुल्क भुक्तानी पनि प्राप्त भएकोले;

अनुसूची बमोजिम बीमाशुल्क भुक्तानी गरे बापत कोरोना भाइरस(COVID-19) रोग लागेको अवस्थामा र भुक्तानी पाउने व्यक्तिको कानूनी अधिकार प्रमाणित भएको अवस्थामा यस करारको अधिनमा रहि यस बीमालेख बमोजिमका रकम बीमकले भुक्तानी दिनेछ ।

यस बीमालेखको अनुसूची, लाभको तालिका, परिभाषा, अपवादहरू र शर्तहरू यस करारनामाको अभिन्न अंग मानिनेछ ।

| अनुसूची | | | | |
|---|---|-------------------|------|------|
| बीमालेख धारक : १. नाम : २. ठेगाना : | बीमा प्रस्ताव मिति : बीमालेखको: १. क्रमाङ्क : २. जारी स्थान : ३. जारी मिति : ४. जारी समय : ५. नवीकरण सम्पुष्टिको क्रमाङ्क : | | | |
| यस बीमालेखले रक्षावरण गरेको बीमितहरू: संलग्न बीमितको विवरण सूचि बमोजिम । १. नाम थर : | बीमाङ्क रकम : बीमितको विवरण सूचि बमोजिम । <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">बीमा अवधि:</td> <td style="border: none; text-align: center;">देखि</td> <td style="border: none; text-align: right;">सम्म</td> </tr> </table> रसिद नं. : रसिद जारी भएको मिति र समय: बीमाशुल्क गणना : बीमाङ्क रु.....को कुल बीमाङ्क रु मा रु. टिकट दस्तुर रु. जम्मा रु. | बीमा अवधि: | देखि | सम्म |
| बीमा अवधि: | देखि | सम्म | | |
| दाबी भुक्तानी पाउने व्यक्ति: यस बीमालेखका शर्त, अवस्था तथा अपवादहरूको अधिनमा रही माथि उल्लेखित रोगको संक्रमण भएमा बीमालेखको अनुसूचीमा उल्लेख भएको बीमाङ्क रकम बीमितलाई र दाबी भुक्तान नहुदै बीमितको मृत्यु भएमा बीमितको ईच्छाईएको व्यक्ति वा कानूनी हकदारलाई दाबी भुक्तानी दिइने छ । | | | | |
| भुक्तानी पाउने अवस्था: यो बीमालेख कायम रहेको अवधिमा यस बीमालेखमा परिभाषित कोरोना भाइरस(COVID-19) रोगको पिसिआर परीक्षण Polymerase Chain Reaction (PCR) Test Positive भई संक्रमित भएको प्रमाणित भएमा तालिकामा उल्लेख भए बमोजिमको बीमाङ्क रकम बीमकले भुक्तानी दिनेछ । दाबी भुक्तानीका लागि कोरोना भाइरस संक्रमण देखिई PCR Test Positive देखिएको हुनुपर्नेछ । | | | | |
| बीमालेखको खारेजी : बीमितले बीमालेख कुनै पनि अवस्थामा खारेज गर्न सकिने छैन । अन्य कुनै बीमा कम्पनीमा बीमा गराएको प्रमाणित भएमा यो बीमालेखबाट दाबी भुक्तानी हुनेछैन । | | | | |

जाँच्नेको हस्ताक्षर :
मिति :

अधिकृतको हस्ताक्षर :
नाम थर :
पद :
कार्यालयको छाप :

* * * *

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय : काठमाण्डौ ।
 फोन नं : फ्याक्स : इमेल :

प्रस्तावकको
फोटो

कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमालेखको प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फारम

प्रस्ताव फारम भर्दा ध्यान दिनु पर्ने

१. कृपया सबै प्रश्नहरूको सहि र पूर्ण उत्तर दिनुहोला । कुनै प्रश्न असान्दर्भिक भएमा सोहि अनुसार लेख्नुहोला । विवरण दिनु पर्ने स्थान अपुग भएमा अतिरिक्त पृष्ठमा लेखी संलग्न गर्न सकिने छ ।
२. यस बीमालेख अन्तर्गत समावेश हुन तथा कुनै लाभ प्राप्त गर्न, बीमित व्यक्ति ३ महिना नाघेको र ९९ वर्ष ननाघेको हुनु पर्नेछ ।
३. प्रस्ताव फारम भर्दा व्यक्तिगत विवरण दिदा र सम्बन्धित कागजात पेश गर्ने सिलसिलामा मूलभूत विवरण दिदा भुट्टा विवरण दिएमा, वास्तविकता लुकाई भुट्टा कुरा उल्लेख गरेमा वा वास्तविकताको उल्लेख गर्दा कुनै वस्तुगत तथ्य छुट हुन गएमा यो बीमालेख अन्तर्गत पाइने लाभ रद्द हुन सक्नेछ ।
४. प्रस्ताव फारमको सम्बन्धमा कुनै शंका भएमा वा कुनै स्पष्टिकरण आवश्यक भएमा सम्बन्धित बीमक (बीमा कम्पनी) को कार्यालयमा सम्पर्क राख्नु पर्नेछ ।

बीमाबाट पाइने लाभहरू

बीमालेख अन्तर्गत कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको Polymerase Chain Reaction (PCR) Test Positive (पिसिआर परीक्षण) बाट पुष्टि भएमा बीमालेखमा उल्लेख भएको बीमाङ्क बराबरको रकम बीमकबाट भुक्तानी पाइने छ ।

क) प्रस्तावकको विवरण

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| - प्रस्तावकको नाम : | - नागरिकता नं. : |
| - ठेगाना : | - स्थायी लेखा (PAN) नं. : |
| - पेशा : | - सम्पर्क नं. : |
| - बीमाङ्क रकम : | |

ख) बीमा गर्नु पर्ने ब्यक्तिहरूको विवरण

| क्र स | नाम | उमेर | पेशा | प्रस्तावकसंग नाता | नागरिकता नं./ परिचयपत्र नं. | ईच्छाइएको ब्यक्तिको नाम र नाता |
|-------|-----|------|------|-------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| १. | | | | | | |
| २. | | | | | | |
| ३. | | | | | | |
| ४. | | | | | | |
| ५. | | | | | | |
| ६. | | | | | | |
| ७. | | | | | | |

द्रष्टव्य: बीमा गर्नु पर्ने प्रत्येक ब्यक्तिहरूको अधिकार प्राप्त निकायबाट जारी भएको परिचय खुल्ने कागजात (नागरिकता, राहदानी, मतदाता परिचय पत्र, सवारी चालन अनुमति पत्र वा स्थायी लेखा नम्बर परिचय-पत्रको फोटोकपी) यस प्रस्ताव फारमको साथमा पेश गर्नु पर्नेछ ।

उद्घोषणा:

१. कम्पनी वा कम्पनीका प्रतिनिधिले माथिका सबै वा केहि सूचनाहरु अन्य कम्पनी वा सरकारी/कानूनी निकायलाई पेश गरेमा मेरो मञ्जुरी रहनेछ ।
२. बीमा गर्नु भन्दा पहिले देखी म लगायत मेरो परिवारका सदस्यहरुमा कोरोना (COVID-19) रोग सक्रमण नभएको घोषणा गर्दछु । साथै, बीमालेख शुरु भएको मिति देखि १५ दिनसम्म सो कोरोना रोग सक्रमण भएमा दावी नलाग्ने विषयमा सहमत भएको घोषणा गर्दछु ।
३. प्रस्ताव फारम वा व्यक्तिगत बयान वा घोषणा वा यस संग सम्बन्धित कागजपत्रमा उल्लेखित कुनै सूचना असत्य वा झूठो भएमा वा लुकाएमा वा बढाई चढाई गरेमा मैले पाउने बीमा लाभबाट बंचित हुने कुरामा म सहमत छु ।
४. मैले जानेबुझेसम्म माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु ठीक साँचो छन् । मैले कुनै वास्तविक सूचना लुकाएको, छिपाएको वा गलत बयान गरेको छैन भनी प्रमाणित र घोषणा गर्दछु । म बीमा कम्पनीद्वारा बीमालेखको शर्त, संलग्न सम्पुष्टिमा उल्लेखित शर्त, बन्देज र अपवाद स्वीकार गर्दछु ।

प्रस्तावकको औठा छाप
दायाँ बायाँ

स्थान :

मिति :

प्रस्तावकको सही

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

बीमाङ्क / बीमाशुल्क दर

- रु. १,००,०००/- को लागि : प्रति व्यक्ति रु. १,०००/- (रुपैया एक हजार मात्र) लाग्नेछ तर एकाघर परिवारका सम्पूर्ण सदस्यको बीमा गरेमा प्रति व्यक्ति रु. ६००/- (रुपैया छ सय मात्र) लाग्नेछ । कार्यालयले आफ्नो सम्पूर्ण कर्मचारीहरुको सामूहिक बीमा गरेमा प्रति व्यक्ति रु. ६००/- (रुपैया छ सय मात्र) लाग्नेछ ।
- रु. ५०,०००/- को लागि : प्रति व्यक्ति रु. ५००/- (रुपैया पाँच सय मात्र) लाग्नेछ तर एकाघर परिवारका सम्पूर्ण सदस्यको बीमा गरेमा प्रति व्यक्ति रु. ३००/- (रुपैया तीन सय मात्र) लाग्नेछ । कार्यालयले आफ्नो सम्पूर्ण कर्मचारीहरुको सामूहिक बीमा गरेमा प्रति व्यक्ति रु. ३००/- (रुपैया छ सय मात्र) लाग्नेछ ।
- अतिरिक्त शुल्क : टिकट दस्तुर बापत एक बीमालेखमा रु. २०/- (रुपैया बीस मात्र) अतिरिक्त शुल्क लाग्ने ।

* * * * *

..... इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

केन्द्रिय कार्यालय : काठमाण्डौ ।

फोन नं.: फ्याक्स: इमेल

कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग बीमा दाबी फाराम / निवेदन

बीमालेख नं.

दाबी नं.

यो फाराम दाबीकर्ताले पूर्ण रूपमा भरेर कम्पनीमा बुझाउनु पर्नेछ । साथै संलग्न बमोजिमको कोरोना भाइरस (COVID-19) रोगको डाक्टरबाट PCR (Polymerase Chain Reaction) परिक्षण (Test) पुष्टी भएको रिपोर्ट साथै बीमालेखमा उल्लेख भए अनुसारका कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ ।

१. दाबीकर्ताको विवरण :

| पुरा नाम थर | लिङ्ग | उमेर | बीमाङ्क रकम | कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय |
|-------------|-------|------|-------------|---|
| | | | | |

२. उपचार गरेको भए उपचारमा संलग्न चिकित्सक / प्राविधिक र अस्पतालको विवरण :

| चिकित्सक / स्वास्थ्य कार्यकर्ताको पुरा नाम थर | टेलिफोन./मोबाइल नं. | अस्पतालको नाम ठेगाना | कोरोना रोगको PCR Test परिक्षण भएको मिति/समय |
|---|---------------------|----------------------|---|
| | | | |

म/हामी/ घोषणा गर्दछु/गर्दछौ कि माथि उल्लेख भए बमोजिमको रोग लागेको हो र माथिको सम्पूर्ण विवरण साँचो छ । यदि मैले हामीले कुनै गलत / भ्रुठ विवरण दिएको भए वा कुनै सत्य तथ्य लुकाएको भए वा अन्य कुनै कम्पनीमा दोहोरो बीमा गराएको भए यो बीमालेख खारेज हुने कुरा तथा विगतमा भएका वा भविष्यमा हुन सक्ने रोग वापतको क्षतिपूर्ति नपाउने कुरा स्वीकार गर्दछु / गर्दछौ ।

दाबीकर्ता/हकवालाको

नाम :

सहि :

मिति :

संस्था भएमा

संस्थाको नाम :

संस्थाको छाप :

आधिकारिक दस्तखत:

मिति :

नोट :

दाबी फारामका साथ सम्बन्धित कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग लागेको भन्ने प्रतिवेदनको सक्कल तथा प्रतिलिपि संलग्न कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ ।

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:

१. बीमालेखका कागजातहरू (दाबी फाराम निवेदन सहित),

२. कोरोना भाइरस (COVID-19) रोग पुष्टि भएको प्रमाण ।

* * * * *