

निक्षेपकर्ताको

फोटो

केन्द्रीय कार्यालय : अनामनगर, काठमाण्डौ ।

फोन: ४७७०४९५ फ्याक्स: ४७७०९६२

Email: info@neco.com.np

निक्षेपकर्ता बीमा-प्रस्ताव तथा ग्राहक पहिचान फाराम
निक्षेपकर्ताले भर्नुपर्ने

- क) अ. बीमित बैंकको नाम: प्राईम कमर्सियल बैंक लि.
आ. बीमकको नाम: नेको ईन्स्योरेन्स लि.

- ख) निक्षेपकर्ताको विवरण
निक्षेपकर्ताको नाम:

नागरिकता नं.

जन्म मिति:

लिङ्ग:

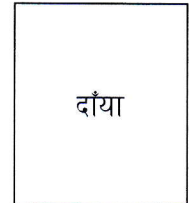
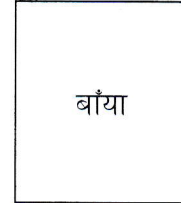
ठेगाना:

पेशा:

मोबाईल नं.

ईमेल:

औंठा छाप



- ग) इच्छाइएको व्यक्तिको विवरण
इच्छाइएको व्यक्तिको नाम:

निक्षेपकर्तासंगको नाता:

ठेगाना:

सम्पर्क नं.

- घ) निक्षेपकर्ताको स्वस्थ्य विवरण

शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको स्थिति:

कुनै रोगबाट विगतमा वा हाल गराएको उपचार:

अन्य कुनै उल्लेखनीय स्वास्थ्य स्थिति वा बानी व्यहोरा:

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

स्थान:

निक्षेपकर्ताको सही:

मिति:

स्वास्थ्य सम्बन्धि घोषणा

म यो घोषणा गर्दछु र प्रमाणित गर्दछु कि म सोह्र १६ वर्ष पुरा भई ६५ 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 आंशिक रूपमा 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 कम्पनिले यस बीमालेख अन्तर्गत कुनै लाभ भुक्तानी गर्ने छैन भन्ने कुरा बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु ।

बीमा कम्पनीले मलाई कुनै पूर्व विद्यमान अवस्था भएमा, मेरो बीमा प्रारम्भ भएको ३० दिनको प्रतिक्षा अवधि भित्र कुनै घातक विरामी निदान भएमा र मुख्य बीमालेखमा उल्लेखित अन्य शर्त बन्देजहरु लागू 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 विवरणको नक्कल सहितपूर्ण जानकारी बीमकलाई उपलब्ध गराउन म यहाँ अधिकार प्रदान गर्दछु । यस अधिकारपत्रको कुनै छाँयाप्रति मुलप्रति सरह वैध हुनेछ ।

स्थान:

आवेदकको सही:

आवेदकको पूरा नाम:

मिति: