Prudential
INSURANCE CO. LTD.
प्रुडेन्सियल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

URS UKAS 043-A
ISO 9001-2008 CERTIFIED ORGANISATION

केन्द्रीय कार्यालय: कमलादी कम्प्लेक्स, चौथो तल्ला, कमलादी, पोष्ट बक्स नं. १५१२३, काठमाडौं-३१, नेपाल
फोन: ४२१२९४०, ४२१२९४१, ४२१२९४२, फ्याक्स: ४२३८३७५, E-mail: prudential@wlink.com.np, Web: www.prudential.com.np

सामूहिक दुर्घटना बीमाको प्रस्ताव फाराम

(प्रश्नहरूको उत्तर दिनु पूर्व निम्नलिखित महत्त्वपूर्ण परिभाषाहरू तथा लाभको तालिका राम्ररी पढी आफ्नो आवश्यकता बमोजिमको सुबिधाहरू छनौट गर्नुहोस् ।)

महत्त्वपूर्ण परिभाषाहरू

सामूहिक दुर्घटना बीमालेखमा जहाँसुकै प्रयोग भएको भएतापनि देहायका शब्दहरूको परिभाषा देहाय बमोजिम हुनेछ:

१. **बीमित** : "बीमित" भन्नाले बीमालेख धारक संस्थाका .... भई यस बीमालेखसंग संलग्न बीमितको सूचीमा विवरण समावेश गरिएको व्यक्तिहरू सम्झनु पर्छ ।

२. **दुर्घटना** : "दुर्घटना" भन्नाले बाहिरी, आँखाले स्पष्ट देख्न सकिने र सांघातिक माध्यमबाट हुने आकस्मिक र अप्रत्याशित घटना सम्झनु पर्छ ।

३. **स्थायी पूर्ण अशक्तता** : "स्थायी पूर्ण अशक्तता" भन्नाले बीमित आय वा मुनाफा आर्जन गर्ने कुनै पनि व्यवसाय वा पेशा गर्न सधैंको लागि असमर्थ भएको अवस्था सम्झनु पर्छ । भविष्यमा निको हुने वा नहुनेमा एकिन हुन नसकिने अवस्थामा दुर्घटना घटेको मितिदेखि ३६५ दिनसम्म बीमित स्थायी पूर्ण अशक्त रहेमा निज सधैंको लागि स्थायी पूर्ण अशक्त मानिनेछ ।

४. **निको नहुने गरी आँखाको दृष्टि पूर्णरूपले क्षति** : "निको नहुने गरी आँखाको दृष्टि पूर्ण रूपले क्षति" भन्नाले नेत्र विज्ञान (Ophthalmology) मा विशेषज्ञता प्राप्त गरेको इजाजत प्राप्त चिकित्सकद्वारा निको नहुने भनी प्रमाणित गरिएको आँखाको दृष्टि पूर्ण रूपले क्षति भएको सम्झनु पर्छ । भविष्यमा निको हुने वा नहुनेमा एकिन हुन नसकिने अवस्थामा दुर्घटना घटेको मितिदेखि ३६५ दिनसम्म बीमितको दृष्टि शक्ति पूर्ण रूपले क्षति भएको अवस्था कायम रहेमा निजको निको नहुने गरी आँखाको दृष्टि पूर्ण रूपले क्षति भएको मानिनेछ ।

५. **शारीरिक रूपले काम नलाग्ने** : "शारीरिक रूपले काम नलाग्ने" भन्नाले दुर्घटनाबाट चोटपटक लागेको अंगको सम्बन्धमा उक्त विषयमा विशेषज्ञता प्राप्त गरेको इजाजत प्राप्त चिकित्सकद्वारा प्रमाणित गरिएको अंगको उपयोगको पूर्ण ऱ्हास वा पूर्ण स्थायी क्षतिलाई सम्झनु पर्छ । भविष्यमा निको हुने वा नहुनेमा एकिन हुन नसकिने अवस्थामा दुर्घटना घटेको मितिदेखि ३६५ दिनसम्म बीमितको कुनै अंग शारीरिक रूपले काम नलाग्ने भएको अवस्था कायम रहेमा निजको उक्त अंग सधैंको लागि शारीरिक रूपले काम नलाग्ने भएको मानिनेछ ।

६. **अन्य कुनै अंगभंग** : "अन्य कुनै अंगभंग" भन्नाले यस बीमालेखको लाभको तालिकाको खण्ड (ख) र खण्ड (ग) को उपखण्ड (अ) देखि (अं) मा उल्लेख भएको बाहेक अन्य अंगमा दुर्घटनाबाट चोटपटक लागी सो चोटपटक लागेको अंगको सम्बन्धमा उक्त विषयमा विशेषज्ञता प्राप्त गरेको इजाजत प्राप्त चिकित्सकद्वारा प्रमाणित गरिएको अंगको उपयोगको पूर्ण ऱ्हास वा पूर्ण स्थायी क्षतिलाई सम्झनु पर्छ । भविष्यमा निको हुने वा नहुनेमा एकिन हुन नसकिने अवस्थामा दुर्घटना घटेको मितिदेखि ३६५ दिनसम्म बीमितको कुनै अंग शारीरिक रूपले काम नलाग्ने भएको अवस्था कायम रहेमा निजको उक्त अंग सधैंको लागि अंगभंग भएको मानिनेछ ।

७. **अस्थायी पूर्ण अशक्तता** : "अस्थायी पूर्ण अशक्तता" भन्नाले बीमित आय वा मुनाफा आर्जन गर्ने कुनै पनि व्यवसाय वा पेशा गर्न केही समयको लागि पूर्ण रूपले असमर्थ भएको अवस्था सम्झनु पर्छ ।

८. **आवश्यक तथा वास्तविक औषधोपचार खर्च** : "आवश्यक तथा वास्तविक औषधोपचार खर्च" भन्नाले दुर्घटनाबाट बीमितलाई लागेको घाउ चोटको लागि आवश्यक उपचार, उपचार सामाग्री वा उपचार सेवाको लागि भुक्तानी गरिएको वास्तविक खर्च रकम सम्झनु पर्छ जुन खर्च रकम सो खर्च गरिएको ठाउँमा त्यस्तो उपचार, उपचार सामाग्री वा उपचार सेवाको प्रचलित दर भन्दा बढी हुने छैन ।

९. **जोखिम समूह** : "जोखिम समूह" भन्नाले हूलदङ्गा, हडताल, द्वेशपूर्ण कार्य र आतङ्कवाद (जोखिम समूह), हूलदंगा, हड्ताल, नागरिक उपद्रव, द्वेषपूर्ण कार्य, आतंकवाद तथा विध्वंशात्मक कार्य जस्ता क्रियाकलापबाट हुन सक्ने दुर्घटना सम्झनु पर्छ ।

१०. **साप्ताहिक आय** : "साप्ताहिक आय" भन्नाले बीमितको व्यक्तिगत संलग्नताबाट बीमितले आर्जन गर्दै आएको मासिक आम्दानीको चार भागको एक भाग रकम सम्झनु पर्छ ।

लाभको तालिका

खण्ड	घटना	लाभ
	दुर्घटना घटेको १८३ दिन भित्र त्यस्तो दुर्घटनाको एक मात्र र प्रत्यक्ष कारणबाट बीमितको	
(क)	मृत्यु भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्क रकम ।
(ख)	अ) स्थायी पूर्ण अशक्तता भएमा, वा आ) निको नहुने गरी दुवै आँखाको दृष्टि पूर्ण क्षति भएमा, वा इ) दुवै हातको नाडी वा दुवै खुट्टाको गोली गाँठोको जोर्नी वा सो भन्दा माथि देखि शारीरिक रूपले काम नलाग्ने भएमा, वा ई) एउटा हातको नाडी वा एउटा खुट्टाको गोली गाँठोको जोर्नी वा सो भन्दा माथि देखि र एउटा आँखाको दृष्टि पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्क रकम ।
(ग)	अ) एउटा आँखाको दृष्टि पूर्ण रूपले क्षति भएमा, वा आ) एउटा हातको नाडी वा एउटा खुट्टाको गोली गाँठोको जोर्नी वा सो भन्दा माथि देखि शारीरिक रूपले काम नलाग्ने गरी क्षति भएमा, वा इ) बोल्ने क्षमता पूर्ण रूपले क्षति भएमा ई) दुवै कानको सुन्ने शक्ति पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको ५० प्रतिशत रकम ।
	उ) एउटा कानको सुन्ने शक्ति पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको २० प्रतिशत रकम ।
	ऊ) हातको बुढी औंलाको पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको २० प्रतिशत रकम ।
	ए) हातको चोरी औंलाको पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको १५ प्रतिशत रकम ।
	ऐ) हातको अरू कुनै औंलाको पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको ७ प्रतिशत रकम प्रति औंला ।
	ओ) खुट्टाको बुढी औंलाको पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको ५ प्रतिशत रकम ।
	औ) खुट्टाको अरू कुनै औंलाको पूर्ण रूपले क्षति भएमा	बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको ४ प्रतिशत रकम प्रति औंला ।
	अं) अन्य कुनै अंगभंग भएमा	सम्बन्धित बिशेषज्ञले शारीरिक क्षतिको समानुपातिक हुने गरी निर्धारण गरेको बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको प्रतिशत रकम ।
(घ)	अस्थायी पूर्ण अशक्तता भएमा	अस्थायी पूर्ण अशक्तता कायम रहेको अवधिभरको लागि बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको १ प्रतिशत वा बीमितको साप्ताहिक आयमध्ये जुन कम हुन्छ सो रकम प्रति हप्ता । तर १. यस्तो रकमको योगफल बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्क भन्दा बढी हुने छैन, र २. अस्थायी पूर्ण अशक्तता भएको अवस्थामा बीमितले अन्य कुनै पनि बीमाबाट निजको आयको नोक्सानी (Loss of Income) बापत दावी भुक्तानी पाउने प्रमाणित भएमा यस खण्ड अन्तर्गत बीमकले भुक्तानी गर्दा बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको समानुपातिक हिसाबले भुक्तानी गर्नेछ ।
(ङ)	औषधोपचार खर्च	बीमाङ्कको १० प्रतिशतको हदमा नबढ्ने गरी आवश्यक तथा वास्तविक औषधोपचार खर्च । तर १. दुर्घटनाबाट चोटपटक लागेको अवस्थामा बीमितले अन्य कुनै पनि बीमाबाट निजको औषधोपचार खर्च बापत दावी भुक्तानी पाउने प्रमाणित भएमा यस खण्ड अन्तर्गत बीमकले भुक्तानी गर्दा बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्कको समानुपातिक हिसाबले भुक्तानी गर्नेछ । २. यस्तो रकम एक लाख रूपैयाँ भन्दा बढी हुने छैन ।

माथि उल्लिखित घटनाहरूमध्ये एक भन्दा बढी घटना भएमा बीमकको दायित्व प्रत्येक घटनाको लागि निर्धारित रकमको योगफल बराबर हुनेछ तर यस बीमालेख अन्तर्गत बीमकले भुक्तानी गर्ने रकम बीमितको विवरण सूचीमा उल्लेखित सम्बन्धित बीमितको बीमाङ्क भन्दा बढी हुने छैन ।

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

बीमालेख धारण गर्ने संस्थाको तर्फबाट बीमा प्रस्तावकको
नाम थर :
पद :
ठेगाना :
फोन नं. :
बीमालेख धारण गर्ने (बीमालेख धारक) संस्थाको
नाम :
ठेगाना :
फोन नं. :
प्रस्तावित बीमितहरूको विवरण सूची संलग्न गर्नुहोस् ।

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

	तलका लाभको समूहमध्ये उपयुक्त विकल्प छानी प्रस्तावित बीमितहरूको विवरण सूचीमा उत्तर दिनुहोस् **(छानिएको विकल्प अनुसार बीमाशुल्क लाग्नेछ ।)**	
	(१) लाभको तालिकाको खण्ड “क” देखि “ङ” सम्म (२) लाभको तालिकाको खण्ड “क” देखि “घ” सम्म (३) लाभको तालिकाको खण्ड “क” देखि “ग” सम्म (४) लाभको तालिकाको खण्ड “क” मात्र	
१.	बीमालेख धारकले विगतमा सामूहिक दुर्घटना बीमा गराउँदा 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 । (निर्दिष्ट कोष्ठमा ठाउँ नपुगेमा छुट्टै पन्नामा विवरण संलग्न गर्नुहोस् ।)	
२.	के प्रस्तावित बीमितको कुनै अर्को बीमकसंग सामूहिक दुर्घटना बीमा गराउनु भएको छ वा गराउने प्रस्ताव राख्नु भएको छ । यदि छ भने बीमकको नाम र बीमाङ्क रकम खुल्ने गरी विवरण दिनुहोस् । (निर्दिष्ट कोष्ठमा ठाउँ नपुगेमा छुट्टै पन्नामा विवरण संलग्न गर्नुहोस् ।)	
३.	के प्रस्तावित बीमित कहिल्यै निम्न रोगबाट पीडित हुनुभएको जानकारी बीमालेख धारकलाई प्राप्त भएको थियो ? (क) पक्षघात (ख) मुर्च्छा सम्बन्धी रोग वा सोको संक्रमण (ग) बाथ वा गठीया बाथ (घ) कान वा कान सम्बन्धी अन्य भागबाट पीप निस्कने रोग भए उल्लेख गनुहोस् । (निर्दिष्ट कोष्ठमा ठाउँ नपुगेमा छुट्टै पन्नामा विवरण संलग्न गर्नुहोस् ।)	
४.	यदि बीमालेख धारकलाई प्रस्तावित बीमितको प्रस्ताव स्वीकार गर्ने काममा सहायक सिद्ध हुन सक्ने बानी ब्यहोरा वा स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै अन्य उल्लेखनीय स्थितिको जानकारी छ भने सोको विवरण लेख्नुहोस् । (निर्दिष्ट कोष्ठमा ठाउँ नपुगेमा छुट्टै पन्नामा विवरण संलग्न गर्नुहोस् ।)	

५.	के प्रस्तावित बीमित कुनै जोखिमपूर्ण कार्यमा संलग्न भएको जानकारी बीमालेख धारकलाई प्राप्त भएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् । (निर्दिष्ट कोष्ठमा ठाउँ नपुगेमा छुट्टै पन्नामा विवरण संलग्न गर्नुहोस् ।)	
६.	बीमालेखको अवधि भित्र दुर्घटनाबाट बीमितको मृत्यु भएको खण्डमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम प्राप्त गर्ने व्यक्ति इच्छाउन चाहनुहुन्छ ? यदि चाहनुहुन्छ भने प्रस्तावित बीमितहरूबाट इच्छाएको व्यक्तिको विवरण संकलन गरी प्रस्तावित बीमितको विवरण सूचीमा इच्छाएको व्यक्तिको विवरण दिनुहोस् । *(बीमितले इच्छाएको छ भने इच्छाएको व्यक्तिको विवरणलाई बीमालेखसंग संलग्न बीमितको विवरण सूचीमा 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 ।)* *नोट:* *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 ।*	
७.	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 **प्रुडेन्सियल इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.** बीचको करारको आधार हुनेछ ।

मिति : अभिकर्ताको नाम: प्रस्तावकको हस्ताक्षर :