



Shikhar Insurance Company Ltd.

Head Office: Shikhar Biz Centre, Thapathali, P. O. Box: 11133, Kathmandu, Nepal
Tel: 977-1-5346101, 5346102, Fax: 977-1-5346103
E-mail: shikharins@mos.com.np, Web: www.shikharinsurance.com

HEALTH INSURANCE PROPOSAL

Kindly provide the following details in Block Letters:

Individual Information

A.	Full Name of the Proposer :	
B.	Date of Birth :	
C.	Address of the Proposer :	
D.	Telephone no :	
E.	Mobile no :	
F.	E-mail id :	
G.	Gender :	
H.	Citizenship ID Card no :	
I.	Sum Insured :	
J.	Period of Insurance :	From Date : To Date :

K. Details of Insured for Floater option

S.N	Insured Person	Relationship	Date of Birth	Gender	Sum Insured
1					
2					
3					
4					
5					

L. Details of any pre-existing disease/Health declaration

S.N.	Insured Name	Detail of illness	Year

Declaration and undertaking by the Proposer

We do hereby declare that the above statements, answers & particulars are true to the best of our knowledge & brief and that we have not withheld any information what so ever regarding the proposal. We agree that this proposal & declaration shall be the basis of the contract between us & **Shikhar Insurance Company Ltd.** whose policy for the insurance proposed is accepted by us. We further agree that if, after insurance is affected, it is found that any of the above statements, answers or particulars are incorrect or untrue in any respect, we shall have no liability under this insurance. The company will not be on risk until the proposal has been accepted and full payment of the premium made as per agreed schedule. Persons who are to be insured under the policy may have to undergo Medical examinations prior to the acceptance of the proposal as per company guidelines. The liability of **Shikhar Insurance Company Ltd.** commences only upon the acceptance of this proposal notwithstanding the payment of any deposit. We agree & undertake to convey to **Shikhar Insurance Company Ltd.** any additions / alterations carried out in the risk proposed for insurance after submission of this proposal form.

Place :

Date :

Proposer's Signature

Photo

Please provide photo for each person under this proposal



शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

केन्द्रीय कार्यालय: शिखर बिज सेण्टर, थापाथली, पोष्ट बक्स नं. १०६९२, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. ०१-५३४६१०१, ५३४६१०२, फ्याक्स: ९७७-१-५३४६१०३
E-mail: shikharins@mos.com.np, Web: www.shikharinsurance.com

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव फाराम

कृपया स्पष्ट रूपमा देहायका कुराहरूको विस्तृत जानकारी दिनु होला:

व्यक्तिगत विवरण

क.	प्रस्तावकको पूरा नाम	:	
ख.	जन्म मिति	:	
ग.	प्रस्तावकको ठेगाना	:	
घ.	टेलिफोन नं.	:	
ङ.	मोबाइल नं.	:	
च.	इमेल ठेगाना	:	
छ.	लिङ्ग	:	
ज.	नागरिकता प्रमाण-पत्र	:	
झ.	बीमाङ्क रकम	:	
ञ.	बीमा अवधि	:	देखि सम्म

ट. परिवार बीमाको लागि बीमितको विवरण:

क्र.सं.	बीमित	सम्बन्ध	जन्म मिति	लिङ्ग	बीमाङ्क रकम (रु.)
१.					
२.					
३.					
४.					
५.					

ठ. कुनै रोग लागेको भए सोको विवरण र स्वास्थ्य घोषणा (कृपया विगत १० वर्षसम्मको विवरण दिनुहोला)

क्र.सं.	बीमितको नाम	रोग वा विरामीपनको विवरण	वर्ष

कृपया प्रस्तुत प्रस्ताव अन्तर्गत रहने प्रत्येक प्रस्तावकर्ताको फोटो उपलब्ध गराउनु होस्

प्रस्तावकर्ताले गरेको घोषणा र संकल्प

माथि लेखिएका वयान, विवरण, जवाफ तथा तथ्यहरू हाम्रो ज्ञान र जानकारीले भ्याएसम्म सत्य छन् भन्ने कुरा र प्रस्तावकर्ताका सम्बन्धमा भएका कुनै पनि जानकारी हामीले नलुकाएको कुरा यहाँ घोषणा गर्दछौं। शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. जसको प्रस्तावित बीमालेख हामीले स्वीकार गर्दछौं र कम्पनी र हामी बीच प्रस्ताव र घोषणा बीमा करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरामा हामी सहमत छौं।

प्रस्तुत बीमा जारी भएपछि माथि लेखिएको कुनै पनि वयान, विवरण, जवाफ तथा तथ्यहरू जुनसुकै किसिमले गलत वा भ्रुष्टा पाइएमा प्रस्तुत बीमा अन्तर्गत हाम्रो कुनै दायित्व नरहने कुरामा समेत हामी सहमत छौं। प्रस्तुत प्रस्ताव स्वीकार नगरिएसम्म र सहमत भएको तालिका वा अनुसूची अनुसार बीमाशुल्क पूरा भुक्तानी नगरेसम्म कम्पनीको दायित्व शुरू हुने छैन। प्रस्तुत बीमालेख अन्तर्गत जसको बीमा गर्नुपर्ने हो निजको प्रस्ताव स्वीकार गर्नुभन्दा पहिले नै कम्पनीको निर्देशिका अनुसार स्वास्थ्यपरीक्षण गर्नुपर्ने हुन सक्छ। कुनै पनि रकम जम्मा गरे तापनि यस प्रस्तावलाई स्वीकार गरेपछि मात्र शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. को दायित्व शुरू हुन्छ।

प्रस्तुत प्रस्तावको निवेदन पेश गरेपछि बीमाका लागि प्रस्ताव गरिएको जोखिममा हुने र गरिने कुनै परिवर्तनबारे शिखर इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. लाई जानकारी प्रदान गर्ने कुरा हामी स्वीकार गर्दछौं।

स्थान:

मिति:

फोटो

प्रस्तावकको दस्तखत

(यस प्रस्ताव फाराममा प्रस्तावित प्रत्येक व्यक्तिको फोटो उपलब्ध गराउनु पर्नेछ)