



प्रोटेक्टिभ माइक्रो इन्स्योरेन्स लिमिटेड
PROTECTIVE MICRO INSURANCE LIMITED

केन्द्रीय कार्यालय: गोदावरी रोड, धनगढी, कैलाली, सुदूर पश्चिम प्रदेश, नेपाल
फोन: ०९१-५९०७०७, E-mail: info@protectivemicro.com
Web: www.protectivemicro.com

दुर्घटना लघुबीमा प्रस्ताव फाराम (ग्राहक पहिचान विवरण सहित)

हालसालै
खिचेको
बीमितको फोटो

बीमालेखको नम्बर:

१. बीमित व्यक्तिको विवरण:

बीमितको नाम थर:

बुबा को नाम थर:

बाजेको नाम थर:

पति/पत्नीको नाम थर:

अन्य परिवारको सदस्य (नाता सहित): १ २

वैवाहिक अवस्था: विवाहित अविवाहित अन्य कृपया खुलाउनुहोस्:

लिङ्ग: पुरुष महिला अन्य

नागरिकता: जन्म मिति (वि.स./ई.सं)

नागरिकता नं जारी जिल्ला जारी मिति

पेशा:

स्थायी ठेगाना:

प्रदेश: जिल्ला: गाउँपालिका/नगरपालिका: वडा नं.

टोल: घर नं. (भएमा) : फोन नं. (भएमा) :

इमेल: (भएमा) : पेशा/व्यवसाय/कारोबारको विवरण (भएमा) :

मोबाइल नं.:

अस्थायी ठेगाना:

प्रदेश: जिल्ला: गाउँपालिका/नगरपालिका: वडा नं.

टोल: घर नं. (भएमा) : फोन नं. (भएमा) :

इमेल: (भएमा) : पेशा/व्यवसाय/कारोबारको विवरण (भएमा) :

मोबाइल नं.:

बीमित संस्था भएमा:

संस्थाको नाम: पूरा ठेगाना:

फोन नं: इमेल: (भएमा) :

संस्था दर्ता न: स्थायी लेखा न:

पेशा/व्यवसाय/कारोबारको विवरण:

द्रष्टव्य: यदि बीमित र प्रस्तावक फरक भएमा दुवैको अलग अलग विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

प्रस्तावक (भएमा) को विवरण:

नामथर: प्रदेश:

जिल्ला: गाउँपालिका/नगरपालिका: वडा नं. टोल:

घर नं. (भएमा): फोन नं. (भएमा) : इमेल: (भएमा) :

पेशा/व्यवसाय/कारोबारको विवरण (भएमा) : मोबाइल नं.:

२. बीमितको विवरण:

क्र.सं.	नाम थर	पद	ठेगाना	सम्पर्क नं.	उमेर	पेशा	बीमाङ्क रकम	पेशासंग सम्बन्धित जोखिम	कैफियत

३. बीमाको अवधि:

मिति: समय: देखि सम्म (कुल महिना दिन)

४. यस अघि यसै प्रकृतिको बीमा गरी बीमा दावी लिनु भएको थियो? थियो भने उल्लेख गर्नुहोस् ।

.....

५. यस प्रस्ताव फाराममा माथि उल्लेख गरिएका बाहेक छुट हुन गएका केही विवरणहरू छुन् भने उल्लेख गर्नुहोस् ।

.....

६. नजिकको सीमा चिन्ह:



उत्तर

७. उद्घोषण:

म/ हामी यस प्रस्तावद्वारा घोषणा गर्दछौं कि यस प्रस्ताव फाराममा उल्लेख गरिएका तथ्य, विवरण, सूचना तथा जानकारी लुकाए छिपाएको छैन । कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको प्रमाणित भएमा बीमालेख रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा म/ हामी स्वीकार गर्दछु/ गर्दछौं ।

बीमित/ प्रस्तावकको औंठा छाप

--	--

आधिकारिक हस्ताक्षर:

बीमित/प्रस्तावकको हस्ताक्षर/छाप:

नाम :

पद:

मिति:

नोट: बीमितले सत्य तथ्य विवरण उल्लेख गरी पूरा प्रस्ताव फाराम भर्नु पर्नेछ र कुनै तथ्य, विवरण, सूचना, जानकारी तथा उत्तरहरू लुकाए छिपाएको प्रमाणित भएमा बीमालेख रद्द हुनेछ ।