बीमा समिति
BEEMA SAMITI
CHABAHIL, KA. MA. PA.-7
P. O. BOXNO. 2172, KATHMANDU, NEPAL
TELEPHONE : 4810818, 4810989, 4811057
TOLL FREE NO.: 1660-01-56789
FAX : 977-1-4810490
E-MAIL : bsib@wlink.com.np
WEBSITE : www.bsib.org.np

मितिः- २०६७।०९।१३

अनुगमन ४६/परिपत्र नं. ०६ /०६७/६८ च.नं.२४९०

श्री राष्ट्रिय बीमा संस्थान,
रामशाह पथ, काठमाण्डौ ।

श्री नेशनल लाइफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
नारायण चौर, नक्साल, काठमाण्डौ ।

श्री नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
कमलादी, काठमाण्डौ ।

श्री लाइफ इन्स्योरेन्स कर्पोरेशन (नेपाल) लि.,
कमलादी, काठमाण्डौ ।

श्री मेटलाइफ एलिको नेपाल,
नारायणी कम्प्लेक्स, ललितपुर ।

श्री एशिएन लाईफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
मैतिदेवी, काठमाण्डौ ।

श्री सूर्या लाइफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
गैरीधारा, काठमाण्डौ ।

श्री गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
लालकोलनी मार्ग, काठमाण्डौ ।

श्री प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कं.लि.,
हात्तिसार, काठमाण्डौ ।

बिषयः- दावी भुक्तानी पूर्जी (डिस्चार्ज भाउचर) बारे ।

बीमा नियमावली, २०४९ को नियम ३१ मा भएको व्यवस्था बमोजिमको प्रकृया अनुरुप जीवन बीमा व्यवसाय गर्ने बीमकले जारी गर्ने भुक्तानी पूर्जी (डिस्चार्ज भाउचर) मिति २०६७ माघ १ गते देखि लागू हुने गरी यसैसाथ संलग्न प्रति बमोजिमलाई प्रचलनमा ल्याउनु हुन निर्णयानुसार जानकारीको लागि अनुरोध गरिन्छ । साथै कुनै कारणले यसमा उल्लेख गरिए भन्दा फरक गरी जारी गर्नु पर्ने अवस्था सृजना भएमा समितिको पूर्व स्वीकृति लिएर मात्र प्रचलनमा ल्याउन समेत सूचित गरिन्छ ।

संलग्नः- उपरोक्तानुसार पाना थान-१

(दामोदर भण्डारी)
सहायक निर्देशक

दावी फछ्र्यौट पूर्जा

बीमक ....बाट मेरो/हाम्रो नाममा जारी भएको .... प्रकारको बीमालेख नं. .... अन्तर्गत बीमा भएकोमा मिति .... मा अवधि भुक्तानी भएको वा बीमालेख समर्पण गरिएको वा .... कारणबाट मृत्यु भएको वा ....कारणबाट भएको अशक्त/अपाङ्ग भएकोले वा ....कारणबाट दावी भुक्तानी बापत तपसिलमा उल्लेख भएका शिर्षक अन्तर्गत प्रचलित ऐन नियम बमोजिम लाग्ने .... कर रकम रु. ....(अक्षरेपी ....) कट्टा गरी जम्मा रकम रु. .... (अक्षरेपी ....) उपलब्ध गराइएमा बीमकलाई यस बीमालेख अन्तर्गतको उल्लेखित दायित्वबाट मुक्त गरिदिन मञ्जुर गर्दछु/गर्दछौं । यसमा अन्यथा भए गरेमा यसै कागजको आधारमा बदर गरिदिन मञ्जुर छु/छौं भनि राजिखुशी साथ यो सहि छाप गरि दिएँ/दियौं ।

तपसिल:

१. बीमाङ्क बापतको रकम रु. .... (अक्षरेपी.................................),

२. बोनश बापतको रकम (यदि दिइने भएमा) रु. .... (अक्षरेपी ....),

३. पूरक करार अन्तर्गतका रकमहरु (यदि आकर्षित हुने भएमा) :

- क. दुर्घटना बापत रकम रु. ....(अक्षरेपी ....),
- ख. स्थायी पूर्ण अशक्तता बापत प्रदान गरिने मासिक आय सुविधा रकम मिति............देखि...........सम्म एकमुष्ठ/मासिक रु. .... का दरले नियमित रुपमा बीमालेखको शर्त बमोजिम भुक्तानी गरिने ।
- ग. बीमित जीवित रहेसम्मको लागि पूरक करारमा रहेको व्यवस्था बमोजिम नियमित रुपमा बीमालेख बहाल रहने गरी बीमितको तर्फबाट भुक्तानी हुनु पर्ने बीमाशुल्क स्वत: भुक्तानी भएको मान्य हुने गरी प्रति किस्ता रु. .... (अक्षरेपी ....) का दरले बीमाशुल्क छूट सुविधा बीमकले प्रदान गर्ने ।
- घ. मासिक आयको रुपमा मिति ....देखि..................सम्म प्रति महिना रु. .... (अक्षरेपी......... का दरले नियमित रुपमा भुक्तानी गरिने ।
- ङ. अन्य (उल्लेखित दावी रकम बाहेक पूरक करारको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानुपर्नेछ ।)

४. समर्पण मूल्य बापतको जम्मा रकम रु. .... (अक्षरेपी..............................),

(स्पष्टिकरण: समर्पण मूल्य रकममा बोनश/मुनाफाको अंश समावेश भए नभएको स्पष्ट उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।)

५. अन्य (उल्लेखित दावी रकम बाहेक मूल बीमालेखमा उल्लेख भएको व्यवस्थाको कारणले अन्य प्रकारको भुक्तानी हुने अवस्था भएमा स्पष्ट विवरण खुलाई थप गर्दै जानुपर्नेछ ।) ।

कूल दावी रकम रु. .... (अक्षरेपी.............................),

प्रचलित नियम बमोजिम कट्टी गर्नु पर्ने कर रकम रु. .... (अक्षरेपी..............................),

कर कट्टा गरे पछि बीमितले पाउने खूद दावी रकम रु. .... (अक्षरेपी..............................) ।

इति सम्वत् .... साल .... महिना .... गते ...... रोज शुभम् ।

बीमितको तर्फबाट दावी फछ्र्यौट पूर्जामा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको:-		बीमकको तर्फबाट दावी फछ्र्यौट पूर्जा जारी गर्ने अधिकारीको:-
हस्ताक्षर:-	औंठाको छाप	हस्ताक्षर:-
नाम थर:-		नाम थर:-
ठेगाना:-		पद:-
बीमित र सो व्यक्ति बीचको नाता:		मिति:-
मिति:-		कार्यालयको छाप:-
साक्षीको:-	दा. बा.	
हस्ताक्षर:-		
नाम थर:-		
ठेगाना:-		
पेशा :-		
कार्यालय भए सोको नाम र ठेगाना :-		
फोन नं.:-		
मिति:-		
अख्तियारी प्राप्त व्यक्ति वा संस्थाको तर्फबाट (यदि आवश्यक भएमा):-		
हस्ताक्षर:-		
नाम थर:-		
पद:-		
मिति:-		
कार्यालयको छाप:-		
फोन नं.:-		

नोट:

१. यस बीमालेख अन्तर्गत प्रदान गरिने रकममा कुन कारणले भुक्तानी गरिने हो सोको विवरण अनिवार्य रुपमा खुलाउनु पर्नेछ ।

२. बीमकले दावी फछ्र्यौट पूर्जा जारी गर्दा बीमकको तर्फबाट उक्त पूर्जा जारी गर्ने अधिकारीको हस्ताक्षर, नाम थर, पद, मिति र कार्यालयको छाप लगायत सम्पूर्ण विवरण अनिवार्य रुपमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।