



यूनाइटेड अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड

United Ajod Insurance Limited

United by Trust

(साविकका यूनाइटेड इन्स्योरेन्स कं. (नेपाल) लि. र अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड एक आपसमा गाभिएर बनेको बीमक)

सि.टि.सी. मल, सातौं तल्ला, बागदरबार मार्ग, सुन्धारा, पोष्ट बक्स नं. २६४१२, काठमाडौं, नेपाल

फोन: ०१-५११११११, ५३३३७४३, ५३४३३०३, ५३४४०१३, ५३४३०७३, टोल फ्रि नं.: १६६०-०१८६४९६

E-mail: info@unitedajodinsurance.com, Web: www.unitedajodinsurance.com

मोटर साइकल बीमाको प्रस्ताव फाराम

महत्वपूर्ण सूचना

सवारी साधनको बीमाङ्क निर्धारण देहाय बमोजिम हुनेछ :-

- (क) प्रत्येक बीमा अवधिको शुरूमा बीमितले घोषणा गरेको मूल्यलाई सो बीमा अवधिको लागि सवारी साधनको बीमाङ्क मानिनेछ ।
- (ख) सवारी साधनको वितरक वा उत्पादकले मूल्यसूची उपलब्ध गराइरहेको सवारी साधनको खण्ड (क) बमोजिमको घोषित मूल्य निर्धारण गर्दा बीमितले प्रत्येक बीमा अवधिको शुरूमा यस बीमालेख अन्तर्गत बीमा हुने ब्राण्ड र मोडलको सवारी साधनको तथा सोमा जडित पार्टपूजाको वितरक वा उत्पादकले उपलब्ध गराएको मूल्यसूचीबाट देहाय बमोजिम ऱ्हास कट्टी गरी घोषित मूल्य कायम गर्नु पर्नेछ ।

नेपालमा दर्ता भएको मितिदेखि गणना गर्दा सवारी साधनको उमेर	ऱ्हास कट्टीको दर
६ महिनाभन्दा कम	० प्रतिशत
६ महिनादेखि १ वर्षभन्दा कम	५ प्रतिशत
१ वर्षदेखि २ वर्षभन्दा कम	१० प्रतिशत
२ वर्षदेखि ३ वर्षभन्दा	१५ प्रतिशत
३ वर्षदेखि ४ वर्षभन्दा कम	२५ प्रतिशत
४ वर्षदेखि ५ वर्षभन्दा कम	३५ प्रतिशत
५ वर्षदेखि १० वर्षभन्दा कम	४० प्रतिशत
१० वर्ष वा सोभन्दा बढी	५० प्रतिशत

- (ग) सवारी साधनको वितरक वा उत्पादकले मूल्य सूची उपलब्ध गराउन छोडेको वा दर्ता भएको मितिदेखि गणना गर्दा १० वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर पुगेको सवारी साधनको खण्ड (क) बमोजिमको घोषित मूल्य निर्धारण गर्दा प्रत्येक बीमा अवधिको शुरूमा बीमित र बीमकको आपसी सहमतिबाट तय गर्नु पर्नेछ ।

प्रस्तावकको	पूरा नाम :	प्रस्तावकभन्दा फरक व्यक्ति मोटर साइकलको मालिक भएमा निजको	पूरा नाम :
	स्थायी लेखा नं. :		ठेगाना :
	ठेगाना :		टेलिफोन :
	टेलिफोन :		इ-मेल :
	इ-मेल :		पेशा :
	पेशा :		
प्रस्तावित मोटर साइकलको	इन्जिन नं. :	च्यासिस नं. :	
	दर्ता नं. :	बनाउने कम्पनी :	
	बनोट :	मोडेल :	
	बनेको वर्ष :	घन क्षमता (क्यूबिक क्यापासिटी):	
	सरसामान बाहेक मोटर साइकलको घोषित मूल्य:	दर्ता मिति :	
	सरसामानको विवरण सहित घोषित मूल्य:	खरिद मिति :	
	जम्मा घोषित मूल्य:	खरिदको समयमा नयाँ वा पुरानो :	

मोटर साइकल बीमाको प्रस्ताव फाराम

(सरकारी / सरकारी बाहेक)

१	तपाईं निम्नमध्ये कुन प्रकारको बीमालेख लिन चाहनु हुन्छ ? (क) व्यापक (प्याकेज) (ख) तेस्रो पक्षप्रतिको दायित्व	
२	के तपाईं मोटर साइकलको दावीको सम्बन्धमा "स्वेच्छिक अधिक" वहन गर्न चाहनु हुन्छ ? चाहनु हुन्छ भने रकम खुलाउनु होस् । नोट : स्वेच्छिक अधिकको रूपमा रु. ५००, रु.१००० वा रु.२००० वहन गर्दा शुरू बीमाशुल्कमा क्रमशः १०%, १५% र २०% छूट पाइनेछ ।	
३	के मोटर साइकल हाँकन सिकाउने कार्यका लागि प्रयोग गरिन्छ ?	
४	के मोटर साइकल भाडा अथवा इनामको रूपमा प्रयोग गरिन्छ ? गरिन्छ भने सोको विवरण खुलाउनु होस् ।	
५	सधैं जसो मोटर साइकल राख्ने स्थानको ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस् ।	
६	धेरै जसो मोटर साइकल खुल्ला स्थान वा ग्यारेजमध्ये कहाँ राखिन्छ ?	
७	के मोटर साइकल पूर्ण आवधिक मर्मत भएको अवस्थामा रहन्छ ?	
८	के तपाईंको मोटर साइकल कहिल्यै दुर्घटनामा परेको थियो ? वा प्रस्तावकले वा सो मोटर साइकल चढ्ने अन्य व्यक्तिले मोटर साइकल सम्बन्धी कुनै दावी गरेका थिए ? वा उनीहरू माथि कुनै दावी गरिएका थिए ? यदि थिए भने सवारी साधनको क्षति वा तेस्रो व्यक्तिको क्षतिबारे अलग अलग विवरण दिनुहोस् ।	
९	के तपाईंले प्रस्तावित मोटर साइकलको अन्य कुनै बीमा गर्नु भएको छ ? यदि छ भने बीमकको नाम र बीमा समाप्त हुने मिति खुलाउनु होस् ।	
१०	के तपाईं विगतका बीमकहरूबाट दावी रहित छूट (No-Claim Discount) पाउनु हुन्थ्यो ? यदि पाउनु हुन्थ्यो भने कृपया छूट समेत खुल्ने गरी नवीकरण सूचना संलग्न गर्नुहोस् ।	
११	के कुनै कम्पनी वा बीमकद्वारा कहिल्यै (क) तपाईंको प्रस्ताव अस्वीकार गरिएको थियो ? (ख) विशेष शर्त राखिएको थियो ? (ग) तपाईंको मोटर साइकल बीमालेख रद्द गरिएको वा नवीकरण गर्न अस्वीकार गरिएको थियो ?	(क) (ख) (ग)
१२	के प्रस्तावक वा सो मोटर साइकल चलाउने कुनै व्यक्तिहरूको (यदि कोही छन् भने) सवारी चालक इजाजत पत्र कहिल्यै रद्द गरिएको थियो ?	
१३	के तपाईं हूलदंगा हडताल, नागरिक उपद्रव, द्वेषपूर्ण कार्य, विध्वंसात्मक कार्य तथा आतंककारी गतिविधि जोखिम समूहको बीमा सुरक्षा गर्न चाहनु हुन्छ ?	
१४	बीमा अवधि : देखि सम्म	

म/हामी यसद्वारा घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि माथि उल्लिखित विवरण साँचो हो र म/हामी सहमत छु/छौं कि यो घोषणा र माथि उल्लेखित उत्तर मेरो/हाम्रो र यूनाइटेड अजोड इन्स्योरेन्स लि. बीचको करारको आधार हुनेछ ।

मिति :

अभिकर्ता:

प्रस्तावकको हस्ताक्षर :