

सि. एल. ए. एल. बीमा
कम्पनी लिमिटेड
सि. एम. सि.
सि. एल. ए. एल. मेडिकेयर



स्वस्थ र सुरक्षित

इस्राइलमा बसोबास गर्ने विदेशीको निम्ति उपचार सम्बन्धि बीमा
फोन नम्बर: 1-800-35-18-35 फ्याक्स नम्बर: 03-6388363

बीमा आवेदक					
थर (अंग्रेजी अक्षरमा)		मध्य नाम (अंग्रेजी अक्षरमा)		मुख्य नाम (अंग्रेजी अक्षरमा)	
पासपोर्ट संख्या		पासपोर्ट सिद्धिने मियाद		वर्क भिसा सिद्धिने मियाद	
जन्ममिति		लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	मूल राष्ट्र	इस्राइलमा भित्रिने मिति (पहिलो) (अन्तिम)	
बिमितको इस्राइली ठेगाना			बिमित व्यक्तिको कार्यालयको ठेगाना		
घरको फोन नम्बर		कार्यालयको फोन नम्बर		मोबाइल फोन	
पछिल्ला बीमाहरू तपाईंले यो भन्दा पहिला पनि बीमा गराउनु भएको हो कि? <input type="checkbox"/> गराएको हुँ <input type="checkbox"/> गराएको हैन		बीमा कम्पनीको नाम:		सुरु र अन्तिम मिति	पोलिसी संख्या
		बीमा कम्पनीको नाम:		सुरु र अन्तिम मिति	पोलिसी संख्या

प्रस्तावित बीमा					
योजना		<input type="checkbox"/> स्वस्थ र सुरक्षित इस्राइलभित्रको पर्यटकहरूको लागि		<input type="checkbox"/> स्वस्थ र सुरक्षित विदेशी श्रमिक अर्डर मुताबिक काम गर्ने विदेशी श्रमिकहरूको लागि	
बीमा अवधि		सुरु हुने मिति	अन्तिम मिति:		
अपेक्षित कागजातहरू		<input checked="" type="checkbox"/> दुर्घटनामा परी मृत्यु र अक्षमता		<input checked="" type="checkbox"/> शरीरको स्थानान्तरण	<input checked="" type="checkbox"/> आपातकालीन दन्त रेखदेख

बीमा शुल्क					
बिमित दिनहरूको संख्या	\$ प्रतिदिनको दरअनुसार मूल्य	अतिरिक्त सरचार्ज \$	छुट - \$	NIS विनिमय दर	
कुल जम्मा प्रीमियम राशि \$		NIS मा कुल जम्मा प्रीमियम			

पोलिसी धारक					
नियोक्ताको नाम		घरको ठेगाना		घरको फोन नम्बर	
काम गर्ने ठेगाना		कार्यस्थल फोन नम्बर	मोबाइल फोन नम्बर	बिमितको नियुक्ति सुरु हुने मिति	

प्रस्ताव फारम _____ यो फारम पुरुष र महिला दुबैको लागि छ।

स्वास्थ्य स्थिति धोषणा

यस धोषणामा आवेदकले सबै प्रश्नहरूको उत्तर दिनुपर्छ। यी प्रश्नहरूको जवाफ टिक “✓” हो वा बेटिक “x”, राम्रो सँग हेरेर दिनुहोला। उत्तर सकारात्मक भएमा सकारात्मक जवाफहरूको प्रत्युत्तर प्रश्न संख्या लेख्नुहोला। सबै प्रत्युत्तरलाई सम्पूर्णतामा प्रष्ट पारिदिनुहोला। सँगै रोग विवरण रिपोर्ट र हालस्थिति पनि जोडिदिनुहोला।

सामान्य प्रश्न तालिका

		x	✓
1.	तपाईंले कहिल्यै कुनै अस्पताल वा कुनै चिकित्सा संस्थानमा उपचार गराउनुभएको छ कि? (कुन रोगको, कहिले र कारण). रोग सम्बन्धि डाक्टरको विवरण रिपोर्ट र हालस्थिति संलग्न गर्नुहोला।		
2.	तपाईंले कहिल्यै कुनै अप्रेसन वा शल्य चिकित्सा गराउनुभएको छ अथवा त्यस्तो गराउने सल्लाह पाउनेभएको थियो कि? (कृपया सविस्तर लेख्नुहोला।)		
3.	तपाईंलाई कहिले चोटपटक लागेको छ वा कहिले धाइते हुनुभएको छ कि? तपाईंको कुनै शारीरिक अंगमा कुनै रूपमा असक्षमता छ कि? (कृपया सविस्तर लेख्नुहोला।)		
4.	के तपाईंले रगत, पेसाब र ईकेजी परीक्षण जस्ता नियमित गराउनुपर्ने स्वास्थ्य परीक्षणहरू गराइ राख्नुभएको छ? के ती परीक्षणले सामान्य स्थिति नै देखाइ राखेका छन्? (कृपया सविस्तर लेख्नुहोला।)		
5.	के तपाईंले (छाती, आन्द्रा, हाड आदि) को एक्सरे इमेज परीक्षण, मापन परीक्षण, क्याथाटराईजेसन कम्प्यूटरीकृत टोमोग्राफी (सि टि), एम आर आइ, यु एस जस्ता जाँच परीक्षण आदि गराउनुभएको छ? कारण, मिति र परिणामको बारेमा लेख्नुहोला।		
6.	ठालसमयमा तपाईं कुनै रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ वा त्यस्तो महसुस गर्नुहुन्छ कि र त्यसको उपचार औषधी आदि गराइ राख्नुभएको छ कि? कृपया सविस्तर औषधीको लिनुपर्ने मात्रा र उपचारको अवधि सहितको तथ्यहरू लेख्नुहोला।		
7.	महिलाहरूको लागि मात्र दू के तपाईं मासिक धर्मको अनियमितता, अण्डा बन्ने बारेको रोग, हेमरहेजस, स्तनमा गाँठो पर्नु, बच्चादानी सम्बन्धि रोग, गर्भ परीक्षणमा पि ए पि स्मियर जस्ता असामान्यता भेटिएको अथवा अरु गर्भाशय असामान्यता जस्ता कुनै महिला सम्बन्धि रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ वा कहिल्यै हुनुभएको छ? कुनै लक्षणको खण्डमा सविस्तर लेख्नुहोसु। के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ कतिवटा अण्डाहरू वा भ्रूणहरू छन्? के तपाईंले गर्भधारणमा कहिल्यै कुनै समस्या बेहोर्नुपरेको छ हो भने त्यस सम्बन्धमा सविस्तर लेख्नुहोस्। के तपाईंले अप्रेसनबाट बच्चा जन्माउनु परेको छ?		
8.	के तपाईं शारीरिक रूपमा आंशिक वा पूर्णतः असक्षम हुनुहुन्छ वा हुनुभएको छ? कृपया सविस्तर लेख्नुहोला।		

रोग सम्बन्धि प्रश्नतालिका (हाल वर्तमान वा भूतकालमा कुनै बेला रोगबाट पीडित भएको खण्डमा)

		x	✓
9.	हृदय संवहनी (मुटु र रगत वाहिनी सान्साना नलिकाहरू) – A. मुटु रोग, छाती दुख्ने, छिटो श्वास लिने, अतिस्पन्दन, हृत्सूल, एन्जाइना प्याक्टोरिस, हृदयाघात, मायोकार्डियल इन्फरकेसन, परिमायस, हृदय वाल्भले काम नगर्नु, जन्मीटे हृदय रोग, मायोकार्डियल वा पेरीकार्डियल रोग B. उच्च रक्तचाप हाइपरटेसन C. रगत वाहिनी – हिंडुदा खुट्टा दुख्नु, रगतका जमेका समूह ब्लड क्लट, वेरीकोज नसाहरू, रगत परिचालनमा समस्या, नसा खुम्चनु आर्टरी स्टेनोसिस		
10.	स्नायु तन्त्र – रिगोटा लाग्नु, टाउको दुख्नु, चेतना हराउनु, प्यारालाइसिस, एपिल्याप्सी, टि आइ ए, स्मरण शक्ति कमजोर हुनु, सन्वेदना हराउनु, अपभ्रंशी रोग डिजेनेरेटिभ रोग, धात, ब्रेन ह्यामरेज (सि. भि. ए.), शरीर कामी राख्नु, सन्तुलन कमजोर हुनु, अल्जाइमर रोग, पार्किन्सन रोग, मानसिक थकाइ, सेनिले डिमेण्टिया।		
11.	मानसिक असन्तुलन – मानसिक रोग, डिप्रेसन, सिजोफ्रेनिया, अतिउत्तेजना एंक्जाइटी, आत्महत्या प्रयास		
12.	श्वास मार्ग – अस्थमा, क्रोनिक ब्रोङ्काइटिस, इम्फेसेमा, दमा, हिमोप्टाइसिस, पुनः प्रवाही श्वास मार्गको इन्फेक्सन		
13.	पाचन मार्ग र कलेजो – अलसर (ग्यास सम्बन्धि वा डुओडिनल), मुटु पोल्नु, क्रोनिक इन्फ्लेमेट्री बोभल रोग, जण्डीस, पत्थर जम्नु, प्यानक्रियाटाइटिस, ह्यापेटाइटिस (भाइरल वा अन्य)		
14.	गुर्दा र पेसाब मार्ग – गुर्दाका पत्थर, नेफ्राइटिस, पेसाब मार्गको समस्याहरू, मूत्रमा रगत र प्रोटीन पाइनु, रेनल सिस्ट, गुर्दाको कार्यप्रणाली बिग्रनु, प्रोस्टेट ग्रन्थि।		
15.	एण्डोक्राइन म्याटोबोलिक समस्या – डाइबिटीज, थाइराइड ग्रन्थिमा समस्या सुप्रारेनल ग्रन्थि, गुर्दा सिस्ट, पिटिटूरी ग्रन्थि र अन्य ग्रन्थि, उच्च रगत लिपिड (कोलेस्ट्रॉल, ट्रिग्लिसराइड)।		
16.	चर्म र जीवनको मार्ग – सिफलिस, हर्पस, चर्म ट्यूमर, मोल, बार्ट र अथवा बाँझपना र अथवा फर्टिलिटी समस्याहरू।		
17.	म्यालिग्नाण्ट रोग (क्यान्सर) र एड्स – म्यालिग्नाण्ट अथवा प्रिम्यालिग्नाण्ट ट्यूमर अथवा एड्स, कैरियर स्तर सँगै (प्रकार, मिति र व्यवस्थापनको तरिका लेख्नुहोस्)।		
18.	हाड र जोनी – आर्थ्राइटिस, गाउट, हाड अथवा घाँटी दुख्नु, खस्केको डिस्क, काँध, घाँडा, हाड सम्बन्धि रोगहरू।		
19.	आँखा – क्याटाराक्ट, ग्लूकोमा, डेरोपना, अँधोपना, आँखाको नानीको रोग, कोर्निया रोग, हेर्नमा समस्या, डायोप्टर संख्या।		
20.	आँख, नाक, घाँटी – पुनः प्रवाही घाँटी अथवा कान इन्फ्लेमेशन, साइनुसाइटिस, सुन्नमा समस्या, प्यारोकिज्मल नोक्टरनल डायस्निया (पि एन डि)		
21.	हर्निया – अब्डोमिनल वलको, ग्रीडन, अप्रेसन गर्दा घाव भएको, अम्बिलिकस (नेभल), डायफ्राम।		
22.	मथि नलेखिएको अरु कुनै स्वास्थ्य समस्या र अथवा रोग		

उद्घोषणा फारम भाग A

यो फारम पुरुष र महिला दुबैको लागि छ।

सकारात्मक परिणामहरूको विवरण

प्रश्न संख्या	परिणामको विवरण

बीमा आवेदकको उद्घोषणा

म, तल उल्लिखित व्यक्ति, बीमा आवेदक, एतद्द्वारा, यस प्रस्ताव मार्फत बीमा गर्नुको लागि आग्रह गर्दछु।

1. मलाई थाहा छ कि:

- बीमा गर्नुभन्दा पहिला वा पछि वा उद्घोषणा सही गर्नुको मिति दिन - यिनीहरूमा जुन ढिलो हुन्छ, को समयमा थाहा भएको रोग, जसको बारेमा वा उसको प्रकृत्या बारे बीमा सुरु हुनुभन्दा अघिनै थाहा पाइएको, ले गर्दा बीमा रकम दाबी गरिएकोमा बीमा गर्नेले कुनै रकम प्रदान गर्न बाध्य हुनेछैन।
- म, एतद्द्वारा, निम्नलिखित तथ्यहरूको घोषणा गर्दछु, सहमति जनाउँदछु र सपथ लिन्छु: प्रस्ताव र / अथवा स्वास्थ्य उद्घोषणामा दिइएको सबै जवाफहरू सही र पूर्ण छन्। मैले बीमा गर्ने सँग कुनै पनि प्रस्तावलाई स्वीकारने निर्णयलाई प्रभाव पार्न सक्ने कुनै कुरा लुकाएको छैन। कुनै सुचना नभए वा बेडिक जवाफ भएमा यो बीमा करार पुनः प्रारम्भ हुनेगर्न लागू हुनेछ। प्रस्तावमा दिइएका जवाफ र अरु कुनै म आफैँ द्वारा बीमा गर्नेलाई लिखित रूपमा दिइएको कुनै सुचना र बीमा गर्नेद्वारा लगाइएका सर्तहरू यसै प्रस्ताव मार्फत यस बीमा करारका सर्तहरू भई यस्का अभिन्न अङ्ग हुनेछन्।
- म यहाँमार्फत यो सुनिश्चित गर्छु र सहमति जनाउँदछु कि यस प्रस्तावको स्वीकृति वा अस्वीकृतिको बारेमा निर्णयको सम्पूर्ण अधिकार केवल बीमा गर्नेमा मात्र निहित रहेछ (जसले बिना कारण देखाइ यस प्रस्तावलाई स्वीकार वा अस्वीकार गर्न पाउँछ)।

2. चिकित्सा गोप्यता मान्य नहुने सम्बन्धि उद्घोषणा

- म, तल सही गर्ने व्यक्ति, एतद्द्वारा, सि. एल. ए. एल. बीमा कम्पनी लिमिटेड र एरियह बीमा कम्पनी लिमिटेड, (यस पछि आवेदक भनेर चिनिने) सम्बन्धि कार्यरत चिकित्सा संस्था, चिकित्सा प्रयोगशाला, र अरु कुनै चिकित्सा समिति वा आवेदकद्वारा नियुक्त चिकित्सामा कार्यरत जुनसुकै व्यक्तिलाई चिकित्सा र अन्य कुनै गोप्यता सम्बन्धि

अभिभारद्वारा मुक्त गर्दछु अर्थात् यिनीहरूले तत्सम्बन्धि सुचना वा जाँच गर्न वा हेर्न पाउनेछन्।

- म अबदेखि निम्नलिखित पक्षहरूलाई अनुमति दिन्छु - यस्मा सामेल हुनेछन् राष्ट्रिय बीमा संस्थान को समिति, बीमा गर्नेहरू, स्वास्थ्य मंत्रालय, जिल्ला स्वास्थ्य ब्यूरो, IDF अधिकारीहरू, गृह मंत्रालय र अरु कुनै संस्था र व्यक्ति जसको नाम यहाँ उल्लेख गरिएको छैन - साथै अन्य सबै बीमा कम्पनीहरू जुनले मेरो पहिला बीमा गर्नुभएको थियो वा गर्नु भएछ, उहाँ सबैले आवेदक वा त्यसद्वारा तोकिएका प्रतिनिधिहरूसँग, एकले वा सबैले सम्पर्क गरेर मेरा स्वास्थ्य वा कुनै वर्तमान, भूत वा भविष्यका कुनै रोग, मेरो हस्पताल बास, लिखित चिकित्सा रेकर्ड अथवा मैले जाँचाउने गरेका चिकित्सकहरू र अथवा स्वास्थ्य केन्द्रमा भर्ना को मिति सबै सूचनाहरू आदान प्रदान गर्न पाउनेछन्।
- म सबै बीमा कम्पनीहरू र अथवा अरु संस्थाहरूलाई आवेदकलाई जुनसुकै सूचना र अथवा कागजात र अथवा बीमा पोलिसी दिन यसैमार्फत अनुमति दिन्छु।
- म, एतद्द्वारा यो घोषणा गर्दछु मैले अग्रगामी पक्षहरूलाई पूर्व उल्लिखित विवरणहरूलाई आवेदक वा उसको प्रतिनिधिलाई संयुक्त वा एकलौटे पारामा दिएको विपक्षमा कुनै दाबी गर्न पाउँदैन।
- यो प्रकृत्या प्राइभेसी प्रोटेक्सन कानुन (5741 – 1981) र अन्य चिकित्सा संस्थानहरू, जस्मा स्वास्थ्य रेखदेख संस्थाहरू र अथवा त्यसका चिकित्सकहरू र अथवा तिनीद्वारा तोकिएका व्यक्तिहरू वा पेशागतकर्मीहरू र अथवा त्यससम्बन्धि सेवा प्रदाताहरू को डाटाबेसमा सुरक्षित सुचना माथि लागू हुनेछ।
- यो छुट म, मेरो चल अचल सम्पति र मेरा कानुनी अटार्नीहरू र मेरो सट्टा काम गर्ने अन्य कुनै व्यक्ति पनि लागू हुनेछ।
- प्रस्तावमा उल्लिखित गरिएमा मेरा अवयस्क बाबु नानीहरूसमाथि पनि यो छुट पाइनेछ।

बीमा आवेदकको सही

मिति _____ आवेदकको नाम _____ पासपोर्ट संख्या _____ सही _____

पोलिसीधारक (नियोक्ता) को उद्घोषणा

बीमा आवेदकको उद्घोषणा मेरो जानकारी अनुसार एकदम टिक हो। मलाई कुनै वंशानुगत वा जन्मोटे रोगको बारेमा जसको पूर्वमा कहिले उपचार गरिएको होला वा त्यसको परिणामबारे भने मलाई थाहा छैन। अझ आवेदकले दिएको सुचना मुताबिक मलाई कुनै बिग्रिएको स्वास्थ्य स्थिति वा अन्य कुनै यस्तो सुचना जसले बीमा आवेदक लाई पोलिसी अनुसार आवेदनलाई रोक्न सक्छ, भने मलाई कुनै ज्ञान छैन। आवेदकले सम्पूर्ण कुरा र यसको सम्भावित प्रभाव बारे निज भाषामा राम्ररी बुझेर यस्मा सही गरेको

नाम _____ सही _____ मिति _____

एजेण्टको बीमा आवेदकको कार्यवाहकको रूपमा नियुक्ति

बीमा करार कानुन 1981को मुताबिक, एजेण्ट बीमा गरिएको को संवाहक मानिने छ। यदि तपाईं निजको बीमा एजेण्टलाई संवाहकको रूपमा नियुक्त गर्न चाहनुहुन्छ भने तल शब्दहरूमा सही गरिदिनुहोस्: नियुक्ति का शब्द - बीमा करार कानुन 1981 बमोजिम, म एतद्द्वारा निजको बीमा एजेण्ट, जसको नाम तल लेखेको छ, लाई बीमा करार संबंधि गफशु र तपाईंको कम्पनीसँग बीमा करार गर्नुको निम्ति स्वयंको प्रतिनिधि वा संवाहक नियुक्त गर्दछु।

मिति _____ बीमा आवेदक _____ पोलिसीधारक/नियोक्ता _____
को नाम _____ को सही _____

एजेण्टको उद्घोषणा

म यो कुरा सुनिश्चित गर्दछु कि मैले माथि दिइएका सबै प्रश्न बीमा आवेदकलाई सोधेको छु। जसको जवाफ मलाई बीमा आवेदकद्वारा व्यक्तिगत रूपमा दिइएको छ। म एतद्द्वारा यो घोषणा गर्दछु कि मैले बीमा आवेदकलाई माथि गरिएको उद्घोषणा बारे सुचित गरिदिएको छु।

मिति _____ एजेण्टको नाम _____ एजेण्ट संख्या _____ एजेण्टको सही _____

उद्घोषणा फारम भाग B

यो फारम पुरुष र महिला दुबैको लागि छ।

भुक्तानीको माध्यम

नगद (संलग्न) बैंक स्टैण्डर्ड अर्डर – किस्ताको संख्या _____ चेक (संलग्न) क्रेडिट कार्ड – किस्ताको संख्या _____

क्रेडिट कार्ड विवरण

कार्ड प्रकार <input type="checkbox"/> भिसा CAL <input type="checkbox"/> एमेक्स <input type="checkbox"/> इन्ड्याकार्ड <input type="checkbox"/> डाइनर क्लब <input type="checkbox"/> लियुमि कार्ड <input type="checkbox"/>	वैधता	क्रेडिट कार्ड संख्या
	कार्डधारकको नाम	परिचय संख्या संख्या
टेगाना गल्ली	सहर	संख्या
		जिप
		फोन नम्बर

यो पुर्जा किस्ताको रकम र संख्या बेगर मैले सही गरिदिएको छु। किनकि मैले सि. एल. ए. एल. बीमा कम्पनी लिमिटेडलाई कार्ड जारी गर्नेलाई बेला बेलामा भुक्तानीको लागि अधिकृत गरेको छु। यस्को सुचना तपाईंले कार्ड जारी गर्नेलाई दिइसक्नुभएको छ।
तोकिएको विकल्प रूपी अन्य नम्बरको कार्डमाथि पनि यो बीमा कम्पनीको माथि उल्लिखित अधिकार लागू हुनेछ।

मिति _____ कार्डधारकको सही _____

सि. एल. ए. एल. बीमा कम्पनी लिमिटेड

खातामा पैसा जम्मा गर्नको निमित्त अधिकरण

सेवा मा बैंक _____ शाखा _____
टेगाना _____

बैंक खाता संख्या	खाता प्रकार	क्लियरिङ् गृह कोड शाखा बैंक
संस्था कोड 528	कम्पनीको ग्राहकसँग परिचय गराउने सान्दर्भिक व्यक्ति	

1. म, तल सही गर्ने _____
बैंकको रेकर्डमा सबै खाताधारकहरूको नाम आइ डी/कम्पनी संख्या
टेगाना: _____
संख्या गल्ली सहर जिप

एतद्द्वारा, तपाईंलाई तपाईंको शाखामा मेरो/हाम्रो माथि उल्लेखित खाताबाट म्याग्नेटिक मीडिया अथवा सि एल ए एल बीमा कम्पनी लिमिटेडद्वारा सूचीकृतलाई, जस्को उल्लेख अधिकरण विवरणमा गरिएको छ, दिइएको रकम दिइएको मितिका दिनहरूमा दिन आदेश दिन्छु।

- म/हामी लाई निम्नलिखित कुराहरू थाहा छ:
 - यो सुचना म अथवा हामी द्वारा बैंक र सि एल ए एल बीमा कम्पनीलाई लिखित सुचना मार्फत पुनः दिन सकिनेछ। जस्को प्रभाव बैंकलाई नोटिस दिएको एउटा कार्यदिवस पछि लागू हुनेछ। यस्ताई पुनः दिनुको निमित्त कानुन बमोजिम काम गर्नुपर्ने हो।
 - रकमलाई जम्मा गनु भन्दा एक दिन पहिला बैंकलाई नोटिस जारी गराएमा, म/हामी सुरुको केहि रकमलाई निरस्त गर्न पाउनेछौं।
 - यदि मैले / हामीले बैंकलाई साबित गर्न सक्थौं कि भुक्तानी रकम अधिकरण नोटिसमा अंकित मिति र तोकिएको रकम सँग मेल खाँदैन भने भुक्तानीको मितिको ६० दिन पहिला म/हामी सो रकमलाई निरस्त गर्न पाउनेछौं।
- म/हामीलाई थाहा छ कि निजले अधिकरण नोटिसमा दिइएको विवरण अनुसार मैले तोकिएको प्राप्तकर्ताको लागि रकमको व्यवस्था गरिदिनुपर्छ।

- म/हामीलाई थाहा छ कि खाताबाट झिकिएको राशि खाता स्टेटमेण्टमा स्वतः देखाइनेछ। म/हामीलाई बैंकले सो को निमित्त विशेष सूचना पठाउनेछैन।
- बैंकले अबदेखि खाताले बेहोर्न सकेसम्म अथवा भुक्तानीमा कुनै अन्य कानुनी वा अन्य बाधा नहुञ्जेल सम्बन्धित प्रावधान अनुरूप कार्य गर्नेछ।
- कुनै तर्कयुक्त आधारमा बैंकले यस विशेष व्यवस्थाको सुविधा मसँग फिर्ता लिन पाउनेछ। सो को लागि बैंकले यस्तो निर्णय गर्नेबित्तिकै निर्णय कारण सहित मलाई सूचित गर्नेछ।
- कृपया सि. एल. ए. एल. बीमा कम्पनी लिमिटेडको लागि मद्दारा जारी गरिएका यी निदेश को प्राप्ति संलग्न गरिएको पुर्जा मार्फत सुनिश्चित गरिदिनुहोला।

अधिकरणको विवरण

सि.एल.ए.एल. बीमा कम्पनीले बेला बेलामा जम्मा गरिएको रकम र अवधि को यस पोलिसीका सर्तहरू बमोजिम आंकलन गर्नेछ।

मिति _____ खाताधारकहरू को सही _____

सेवामा,
सि. एल. ए. एल. बीमा कम्पनी लिमिटेड
४८ मेनाचेम बिगिन रोड, तेल अवीव

बैंक
सुनिश्चितिकरण

बैंक खाता संख्या	खाता प्रकार	क्लियरिङ् गृह कोड शाखा बैंक
संस्था कोड 528	कम्पनीको ग्राहकसँग परिचय गराउने सान्दर्भिक व्यक्ति	

हामीले _____ बाट निर्देशन पाएका छौं कि म्याग्नेटिक मीडिया अथवा हामीलाई दिइएको सूची अनुरूप तपाईंको खाताबाट तोकिएको रकम र तोकिएको मितिमा प्रदान गरौं। यस्को निमित्त अधिकरण नोटिस अनुसार तपाईंको बैंक खाता संख्या दिएको छ। हामीले निर्देशलाई नोट गरिसके। तपाईंको खाताले बेहोर्न सकेसम्म, कुनै कानुनी वा अन्य बाधा न आएसम्म, खाताधारीहरूद्वारा सो को निरस्तीकरण को लिखित रूपमा वक्तव्य न पाएसम्म र अथवा खाताधारीहरू सो व्यवस्थाबाट नहटाइएसम्म, हामीले सो अनुरूप व्यवहार गर्नेछौं। यस सुनिश्चितिकरणले तपाईंको सही भएको नोटिस बमोजिम तपाईंको सम्पत्तिमाथि कुनै असर पार्नेछैन।

बैंक सुनिश्चितिकरण – सही र छाप

मिति _____ बैंक _____ शाखा _____