



प्रधान कार्यालय : पो.ब.नं. : ४३३२, फोन नं.: ४४१४७९९, लाजिम्पाट, काठमाडौं

## जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

पासपोर्ट  
साइजको  
फोटो

અભિકર્તા સંકેત નં.....

प्रस्ताव फाराम नं.....

कपया सफासँग लेख्नहोस र कनै केरमेट वा थपघट भएमा सो स्थानमा दस्तखत गर्नहोस

१. क) पूरा नाम, थर (नेपालीमा).....	
अंग्रेजी (ठूलो अक्षरमा) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
ख) लिङ्ग: पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पिता वा पतिको नाम :.....	
ग) स्थायी ठेगाना : अञ्चल..... जिल्ला.....	
महा/उप/न.पा./गा.वि.स ..... वडा नं. .... ब्लक नं. ....	
पत्राचार गर्ने ठेगाना : .....	
फोन/मोबाइल नं. (घर) ..... (कार्यालय)..... ईमेल:.....	
घ) पेशाको खास प्रकृति (गर्नुपर्ने कामको विवरण) : .....	
(यदि जोखिमपूर्ण पेशा भए सोको विवरण सहित).....	
ङ) रोजगार भए रोजगारदाताको नाम र ठेगाना :.....	
च) निजी व्यवसाय भए सोको विवरण :.....	
छ) विवाहित <input type="checkbox"/> अविवाहिता <input type="checkbox"/>	ज) शैक्षिक योग्यता :.....
झ) उमेरसम्बन्धी प्रमाण : ..... नागरिकता/पासपोर्ट नं.....	
ञ) जन्म मिति : वि.सं. .... साल ..... महिना..... गते	
ई.सं. .... साल ..... महिना..... तारिख	
ट) स्थायी लेखा नम्बर लिएको भए सो नम्बर: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
ठ) आय स्रोत (मासिक/वार्षिक आम्दानी) : नोकरीबाट रु..... तलब (भत्ता सहित) रु. ....	
व्यापारबाट रु. .... अन्य स्रोतबाट रु. ....	
२. क) प्रस्तावित जीवन बीमा गर्नुको मुख्य उद्देश्य:.....	
ख) प्रस्तावित जीवन बीमा योजनाको किसिम :.....	
ग) दोहोरो दुर्घटना लाभ (ADB) समावेश गर्ने <input type="checkbox"/> नगर्ने <input type="checkbox"/> ADB बीमाङ्क रकम रु.....	
बीमा शुल्क मिनाहा रक्षावरण (WOP) लाभ समावेश गर्ने <input type="checkbox"/> नगर्ने <input type="checkbox"/> घ) मुनाफामा सरिक भई बोनस लिने <input type="checkbox"/> नलिने <input type="checkbox"/>	
ङ) अमृत वर्षा बीमा योजनाका लागि : बीमाअवधि समाप्ति पश्चात बीमाङ्क रकमको १% <input type="checkbox"/> वा ०.५०% <input type="checkbox"/> लिने	
च) बीमा अवधि :..... वर्ष छ) बीमाङ्क रकम रु.....	
ज) बीमा शुल्क :..... भू) बीमा शुल्क भुक्तानी गर्ने तरिका: वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक/एकल	
३. बीमालेख जारी छुँदै बीमितको असामयिक निधन भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी हुने रकम दिन कसलाई मनोनयन गर्नुहुन्छ ? (तपाईंको आफ्नो मनोनयनलाई पछि बदल्न चाहेमा बदल्न सक्नु हुनेछ) यदि मनोनयन नभएमा बीमालेख अन्तर्गत नियमानुसार भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन, २०४९ को दफा ३८ उपदफा १ बमोजिम तपाईंको आश्रितहरुलाई भुक्तानी गरिनेछ ।	<p>पूरा नाम (इच्छाएको व्यक्तिको) :</p> <p>नेपालीमा :</p> <p>अंग्रेजीमा :</p> <p>नाबालक भए जन्म मिति :</p> <p>ठेगाना :</p> <p>बीमितसंगको नाता :</p> <p>इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम:</p> <p>इच्छाएको व्यक्ति नाबालक भई भुक्तानी गर्नुपर्ने अवस्थामा (संरक्षकको नाम)</p> <p>संरक्षक र नाबालक बीचको नाता:</p> <p>(१) ..... नाता.....</p> <p>(२) ..... नाता.....</p>

<p>४. देहायको कुनै काम गर्ने तपाईंको उद्देश्य छ कि ?</p> <p>क) स्थल सेना वा जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा सञ्चालित नियमित मार्गमा भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)</p> <p>ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्यम</p> <p>ग) नेपाल अधिराज्य बाहिर बस्ने</p>	<p>छ भने सविवरण लेख्नुहोस्</p> <p>क)</p> <p>वा</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p>
<p>५. क) तपाईंले जीवन बीमाको लागि अरु कुनै बीमक, वा यस बीमकसँग कहिल्यै प्रस्ताव गर्नुभएको थियो ।</p> <p>ख) यदि थियो भने, उक्त बीमक नाम, प्रस्तावित मिति र सो प्रस्ताव सामान्य वा विशेष के कस्तो शर्तमा स्वीकार गरिएको थियो, वा स्थगित वा अस्वीकृत गरिएको थियो, विवरण दिनुहोस् ।</p>	<p>क)</p> <p>ख) बीमकको नाम :- बीमाङ्क :- मिति :- प्रस्तावको नतिजा :-</p>
<p>६. क) के तपाईं अहिले पुर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ?</p> <p>ख) यस अघि कुनै रोग वा चोटपटक लागेको छ ? यदि छ भने त्यसको असर हालसम्म बाँकी भए विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।</p> <p>ग) अक्सर तपाईं लाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सकको नाम, ठेगाना</p> <p>घ) विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसैबाट औषधोपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? कुन किसिमको बिरामी वा चोटपटक लागेको थियो ?</p>	<p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p> <p>घ)</p>
<p>७. <u>महिलाका लागि मात्र</u> :</p> <p>क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? (यदि हुनुहुन्छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्)</p> <p>ख) सबैभन्दा पछि प्रसुति भएको मिति :</p> <p>ग) विगतमा प्रसुति सम्बन्धी कुनै अवरोध भए सोको विवरण:</p> <p>घ) प्रसुति : सामान्य वा शल्यक्रिया</p>	<p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p> <p>घ)</p>
<p>८. <u>गृहिणीहरूका लागि मात्र</u> :</p> <p>क) श्रीमान्को पुरा नाम :</p> <p>ख) पेशा :</p> <p>ग) श्रीमान्को जीवन बीमा छ भने बीमकको नाम :</p> <p>घ) बीमा रकम रु. :</p> <p>ङ) मासिक आम्दानी :</p>	<p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p> <p>घ)</p> <p>ङ)</p>
<p align="center"><b>व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण</b></p>	
<p>१. (क) पूरा नाम:</p>	
<p>२. (क) तपाईंको उचाई कति छ?</p> <p>(ख) तपाईंका वजन कति छ?</p>	<p>(क).....फिट.....इन्च</p> <p>(ख).....केजी</p>
<p>३.</p> <p>(क) तपाईं मदिरापान गर्नु हुन्छ ?</p> <p>(ख) तपाईं धुम्रपान गर्नु हुन्छ ?</p> <p>(ग) तपाईं लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?</p>	<p>गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन अक्सर कुन किसिम र कति परिमाण ?</p> <p>(क) गहुँ/गर्दिन</p> <p>(ख) गहुँ/गर्दिन</p> <p>(ग) गहुँ/गर्दिन</p>

४. पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक		
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर	मृत्युको खास कारण	मृत्युभएको साल
माता पिता दाजु/भाइ दिदी/बहिनी पति/पत्नी					
<p>५. (क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस् ।</p> <p>(ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् ।</p>			<p>(क) छ/छैन</p> <p>(ख) छ/छैन बस्नुभएको भए मिति, अवधि असर डाक्टरको नाम तथा ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस् ।</p>		
<p>६. तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?</p> <p>(क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिट्स, त्थूरस्थेनिया, न्यूरेल्जीया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा र अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।</p> <p>(ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, फ्लूरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग</p> <p>(ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।</p> <p>(घ) स्पू कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।</p> <p>(ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।</p> <p>च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल फिस्टूला, नसा सुन्निने रोग ।</p> <p>छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विग्रोको, जलग्रह, वात सम्बन्धी रोग, धातुरोग । भिरङ्गी वा अन्य कुनै यौन सम्बन्धी सरुवा रोग</p> <p>(ज) क्यान्सर वा महारोग ।</p> <p>(झ) कान, नाक, घांटी वा आखां सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदि बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?</p>			<p>यदि छ भने विस्तृत विवरण उल्लेख गर्नुहोस्</p> <p>(क) छ/छैन</p> <p>(ख) छ/छैन</p> <p>(ग) छ/छैन</p> <p>(घ) छ/छैन</p> <p>(ङ) छ/छैन</p> <p>च) छ/छैन</p> <p>छ) छ/छैन</p> <p>(ज) छ/छैन</p> <p>(झ) छ/छैन</p>		

<p>(त्र) औलो, सन्यपात (टाईफाईड), रुघा, खोकी, कालाज्वर, फिलेरीयासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।</p> <p>(ट) विफर</p> <p>(ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?</p> <p>(ड) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जांच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?</p> <p>(ढ) कुनै शल्यक्रिया (दुर्घटना वा सख्त घाइते, चोटपटक, कुनै अङ्गभङ्ग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार) गरिएको थियो ? यदि थियो भने सम्बन्धीत रिपोर्ट पेश गर्नु होस् ।</p>	<p>(त्र) छ/छैन</p> <p>(ट) छ/छैन</p> <p>(ठ) छ/छैन</p> <p>(ड) छ/छैन</p> <p>(ढ) छ/छैन</p>
<p>७. तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जांच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।</p>	<p>छ/छैन</p>

### उद्घोषण

उपरोक्त प्रश्नहरूका उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मुल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले लुकाए/ छिपाएको छैन भनी म घोषणा गर्दछु ।

यो प्रस्ताव तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी उद्घोषणका विवरण मेरो र नेशनल लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । यदि केही लुकाए छिपाएको तथ्य सावित हुन आएमा यसैलाई आधार मानी करार बदर गरेमा मेरो पूर्ण मञ्जुर छ । नेशनल लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडको प्रचलित जीवन बीमालेखमा उल्लेखित शर्त एवं सुविधा स्वीकार गर्न मेरो मञ्जुरी छ ।

कुनै पनि समय मलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसँग मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको बीमक नेशनल लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो बारेमा सोधपुछ गर्न सक्ने छ र आवश्यक जानकारी प्रदान गर्न मैले अख्तियारी दिएको छु र यस्ता जानकारीहरू प्रकाशनमा ल्याउन मनाहि गर्ने कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्ने छैन ।

मिति:.....

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत

.....

अभिकर्ता संकेत नं.

बीमालेख नं.