

बाल अमृत (सावधिक) बीमा योजना -



प्रधान कार्यालय : पो.ब.नं. : ४३३२, फोन नं. : ४५१४७९९, लाजिम्पाट, काठमाडौं

बीमा प्रस्ताव फाराम

(प्रस्तावले भर्नुपर्ने)

F.No.: 0002

बीमितको
पासपोर्ट साईज
फोटो

प्रस्ताव फाराम नं.

अभिकर्ता संकेत नं.

कृपया सफासँग लेख्नुहोस् र कुनै केरमेट वा थपघट भएमा सो स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस् ।

१. बीमित(बच्चा)को विवरण: क) पूरा नाम, थर (नेपालीमा) अंग्रेजी (ठूलो अक्षरमा) जन्म मिति : वि.सं. ई.सं. जन्म भएको स्थान : अस्पताल/घर/अन्य जन्म मिति प्रमाणित हुने कागजात : ख) लिंग: पुरुष ☐ महिला ☐ ग) प्रस्तावक संगको नाता घ) पूरा ठेगाना : अञ्चल जिल्ला महा/उप/न.पा./गा.पा वडा नं. ब्लक नं. पिताको नाम : माताको नाम : ड) बीमा अवधि च) बीमा शुल्क छ) बीमाङ्क रकम रु ज) बीमा शुल्क भुक्तानी गर्ने तरिका (वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक)		प्रस्तावकको पासपोर्ट साईज फोटो
२. प्रस्तावकको विवरण: क) प्रस्तावकको पूरा नाम, थर (नेपालीमा) ख) अंग्रेजी (ठूलो अक्षरमा) प्रस्तावकको/पिता/माता/पतिको नाम : ग) लिंग: पुरुष ☐ महिला ☐ बीमितसँगको नाता घ) पूरा ठेगाना : अञ्चल जिल्ला महा/उप/न.पा./गा.पा वडा नं. ब्लक नं. पत्राचार गर्ने ठेगाना : फोन/मोबाइल नं.(घर): (कार्यालय): फ्याक्स: ईमेल: बैंक नाम: बैंक खाता नं.: बैंक शाखा: ड) पेशाको खास प्रकृती (गर्नुपर्ने कामको विवरण) : शैक्षिक योग्यता च) रोजगार भए रोजगारदाताको नाम र ठेगाना : छ) निजी व्यवसाय भए सोको विवरण : ज) उमेर सम्बन्धी प्रमाण : नागरिकता/पासपोर्ट नं. झ) जन्म मिति : वि.सं. ई.सं. स्थायी लेखा नम्बर लिको भए सो नम्बर ञ) आय स्रोत (मासिक/वार्षिक आम्दानी) : नोकरीबाट रु तलब (भत्ता सहित) रु व्यापारबाट रु अन्य स्रोतबाट रु		
३. इच्छाएको व्यक्ति बीमालेख जारी छुदै बीमित वालिग नभैसकेको अवस्थामा प्रस्तावकको निधन भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी बमि ऐन, २०७९ को दफा १२७ उपदफा (२) अनुसार प्रचलित कानून बमोजिमको हकवालालाई भुक्तानी गरिनेछ ।		
४. प्रस्तावकको देहायको कुनै काम गर्ने उद्देश्य छ कि? 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) ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्यम ग) नेपाल अधिराज्य बाहिर बस्ने		छ, भने स-विवरण लेख्नुहोस् क) ख) ग)

५. क) तपाई (प्रस्तावक)ले जीवन बीमाको लागि कुनै अरु बीमक वा यस बीमकसंग कहिल्यै प्रस्ताव गर्नुभएको थियो ? ख) यदि थियो भने, उक्त बीमकको नाम, प्रस्तावित मिति र सो प्रस्ताव सामान्य वा विशेष के कस्तो शर्तमा स्वीकार गरिएको थियो, वा स्थगित वा अस्वीकृत गरिएको थियो, विवरण दिनुहोस् ।	क) ख) बीमकको नाम : बीमाङ्क : मिति : प्रस्तावको नतिजा :						
६. क) के तपाई (प्रस्तावक) अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? ख) यस अघि कुनै रोग वा चोट पटक लागेको छ भए त्यसको असर हालसम्म बाँकी भए विस्तृत विवरण दिनुहोस् । ग) अक्सर तपाई (प्रस्तावक)लाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सकको नाम, ठेगाना घ) विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसैबाट औषधोपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? र कुन किसिमको विरामी वा चोटपटक लागेको थियो ?	क) ख) ग) घ)						
७. क) बीमितको हालको स्वास्थ्यको अवस्था कस्तो छ ? ख) यस अघि बीमित कुनै रोग वा चोटपटकको कारणबाट अस्पताल भर्ना वा औषधोपचार गर्नु भएको थियो वा गराई रहनु भएको भए विस्तृत विवरण उल्लेख गर्नुहोस् ग) औषधोपचार गर्नु पर्दा औषधोपचार गर्ने अस्पताल वा चिकित्सकको नाम, ठेगाना	क) ख) ग)						
८. महिला (प्रस्तावक)का लागि मात्र : क) के तपाई गर्भवती हुनुहुन्छ ? (यदि हुनुहुन्छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्) ख) सबैभन्दा पछि प्रसुति भएको मिति: ग) विगतमा प्रसुति सम्बन्धी कुनै अवरोध भए सोको विवरण: घ) प्रसुति सामान्य वा शल्यक्रिया	क) ख) ग) घ)						
९. गृहिणीहरूका लागि मात्र : क) श्रीमान्को पूरा नाम : ख) पेशा : ग) श्रीमान्को जीवन बीमा छ भने कम्पनीको नाम : घ) बीमांक रकम रु. : ङ) मासिक आम्दानी :	क) ख) ग) घ) ङ)						
१०. प्रस्तावकले म्यादी बीमा लिने/नलिने	क) बीमांकको २५ प्रतिशत ख) बीमांकको ५० प्रतिशत						
व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण							
१. (क) बीमित (बच्चा)को पूरा नाम: (ख) प्रस्तावकको पूरा नाम:							
२. (क) उचाई कति छ ? (ख) वजन कति छ ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>बीमित</th> <th>प्रस्तावक</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(क).....फिट.....इन्च</td> <td>(क).....फिट.....इन्च</td> </tr> <tr> <td>(ख).....केजी</td> <td>(ख).....केजी</td> </tr> </tbody> </table>	बीमित	प्रस्तावक	(क).....फिट.....इन्च	(क).....फिट.....इन्च	(ख).....केजी	(ख).....केजी
बीमित	प्रस्तावक						
(क).....फिट.....इन्च	(क).....फिट.....इन्च						
(ख).....केजी	(ख).....केजी						
३. प्रस्तावकको लागि मात्र (क) तपाई मदिरापान गर्नु हुन्छ ? (ख) तपाई धुम्रपान गर्नु हुन्छ ? (ग) तपाई लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?	गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन अक्सर कुन किसिम र कति परिमाण ? (क) गछ्छु/गर्दिन (ख) गछ्छु/गर्दिन (ग) गछ्छु/गर्दिन						

४. पारिवारिक इतिहास	जीवित				मृतक					
	हालको उमेर		स्वास्थ्यको अवस्था		उमेर		मृत्युको खास कारण		मृत्युभएको साल	
	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक
माता पिता दाजु/भाइ दिदी/बहिनी पति/पत्नी	X		X		X		X		X	
५.					बीमित		प्रस्तावक			
(क) तपाईं/बीमितको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस् ।					(क) छ/छैन		(क) छ/छैन			
(ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् ।					(ख) छ/छैन		(ख) छ/छैन			
(बस्नुभएको भए मिति, अवधि, असर, उपचारमा संलग्न डाक्टरको नाम तथा ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस्)										
६. तपाईं वा बीमितलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?										
क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु मुर्छा पर्नु, फिट्स, त्थूरस्थेनिया, न्युरेल्जीया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा र अन्य कुनै मगज तथा स्नायू प्रणाली सम्बन्धी रोग ।					क) छ/छैन		क) छ/छैन			
(ख) एक्नासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, प्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग					(ख) छ/छैन		(ख) छ/छैन			
(ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।					(ग) छ/छैन		(ग) छ/छैन			
(घ) स्फु कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने एपेन्डीसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।					(घ) छ/छैन		(घ) छ/छैन			
(ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।					(ङ) छ/छैन		(ङ) छ/छैन			
(च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल फिस्टुला, नसा सुन्निने रोग ।					(च) छ/छैन		(च) छ/छैन			
(छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विग्रोको, जलग्रह, वात सम्बन्धी रोग, धातुरोग । भिरङ्गी वा अन्य कुनै यौन सम्बन्धी सरुवा रोग ।					(छ) छ/छैन		(छ) छ/छैन			
(ज) क्यान्सर वा महारोग ।					(ज) छ/छैन		(ज) छ/छैन			
(झ) कान, नाक, घांटी वा आँखा सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदि बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?					(झ) छ/छैन		(झ) छ/छैन			
(ञ) औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर, फिलेरियासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।					(ञ) छ/छैन		(ञ) छ/छैन			
(ट) विपर ।					(ट) छ/छैन		(ट) छ/छैन			
(ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएका थियो ?					(ठ) छ/छैन		(ठ) छ/छैन			
(ड) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?					(ड) छ/छैन		(ड) छ/छैन			
(ढ) कुनै शल्यक्रिया (दुर्घटना वा सख्त घाइते, चोटपटक, कुनै अङ्गभङ्ग भएको वा काटी फयाँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार) गरिएको थियो ? यदि थियो भने सम्बन्धीत रिपोर्ट पेश गर्नु होस् ।					(ढ) छ/छैन		(ढ) छ/छैन			

७. तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	छ/छैन	
८. बीमितको लागि मात्र बच्चा(बीमित)को जन्म स्थान : निवास : अस्पताल : ठेगाना :		
क) के बच्चालाई रोगसंग प्रतिरक्षण गर्ने खोप या सुई कुनै दिइएको छ ?	क) छ/छैन	
ख) बच्चा जन्मदाको तौल एंव उचाई कति थियो ?	ख)	
ग) विगत १ वर्ष भित्र बच्चाको घरमा कुनै बच्चा वा अरु कोहि संक्रमण, सरुवा रोगबाट पिडित हुनुहुन्थ्यो र यदि थियो भने सो को विवरण दिनुहोस् ।	ग) थियो/थिएन	
घ) के बच्चा अंगभंग, लंगडो, हात वा खुट्टा नभएको, दृष्टि वा श्रवण शक्ति कम आदिका कारणबाट औषधोपचार गर्नु पर्ने वा गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	घ) छ/छैन	
ड) के बच्चा कुनै विरामी, पुख्र्यौल रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नु पर्ने छ ? यदि छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	ड) छ/छैन	
च) के बच्चालाई हाल कुनै रोगको औषधोपचार गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	च) छ/छैन	
छ) बच्चाको १ वर्ष भित्र तौल घटेको वा बढेको के छ ? यदि छ भने किन ?	छ) छ/छैन	
ज) बच्चाको हाल स्वास्थ्य अवस्था कस्तो छ ?	ज)	
झ) कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नु होस् ?	झ)	
उद्घोषण उपरोक्त प्रश्नहरूका उत्तरहरू सत्य तथा पुर्ण छन् र मेरो एवं बीमितको 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 वा बीमितलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसंग हाम्रो 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 जानकारीहरू प्रदान गर्न मैले अख्तियारी दिएको छु र यस्ता जानकारीहरू प्रकाशनमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रितिरिवाजको आधार लिई उजुरी गर्ने छैन । जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत मिति:.....		
अभिकर्ता संकेत नं.	बीमालेख नं.	