



पासपोर्ट
साइजको
फोटो

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

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

अभिकर्ता संकेत नं.....

प्रस्ताव फाराम नं.....

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

१. क) पूरा नाम, थर (नेपालीमा).....	
अंग्रेजी (ठूलो अक्षरमा)	
ख) लिङ्ग: पुरुष ☐ महिला ☐ पिता/माता 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) बैंक नाम:..... बैंक खाता नम्बर:..... बैंक शाखा:.....	
ज) विवाहित ☐ अविवाहिता ☐	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:	
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 ☐ नगर्ने ☐ ADB बीमाङ्क रकम रु.....	
बीमा शुल्क मिनाहा रक्षावरण (WOP) लाभ समावेश गर्ने ☐ नगर्ने ☐	
घ) घातक रोग (CI) सुविधा समावेश गर्ने ☐ नगर्ने ☐ बीमाङ्क रु..... ड) अन्य सुविधा:.....	
च) बीमा अवधि :..... वर्ष छ) बीमाङ्क रकम रु.....	
ज) बीमा शुल्क :..... झ) 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 वा मनोनयन भएको व्यक्तिको मृत्यु भएमा त्यस्तो रकम बीमा ऐन २०७९ को दफा १२७ उपदफा (२) अनुसार प्रचलित कानून बमोजिम बीमितको हकवालालाई भुक्तानी गरिनेछ ।	पूरा नाम (इच्छाएको व्यक्तिको) :
	नेपालीमा :
	अंग्रेजीमा :
	नाबालक भए जन्म मिति :
	ठेगाना :
	बीमितसंगको नाता :
इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम:	
इच्छाएको व्यक्ति नाबालक भई भुक्तानी गर्नुपर्ने अवस्थामा (संरक्षकको नाम)	
संरक्षक र नाबालक बीचको नाता:	
(१) नाता.....	
(२) नाता.....	

४. देहायको कुनै काम गर्ने तपाईंको 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 सविवरण लेख्नुहोस् क) वा ख) ग)
५. के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य वा तपाईंले इच्छाएको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति हुनुहुन्छ ? (क) यदि छ भने ।	छ ☐ छैन ☐ (क)
६. क) तपाईंले जीवन बीमाको लागि अरु कुनै बीमक, वा यस बीमकसँग कहिल्यै प्रस्ताव गर्नुभएको थियो । 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 ।	क) ख) बीमकको नाम :- बीमाङ्क :- मिति :- प्रस्तावको नतिजा :-
७. क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? ख) यस अघि कुनै रोग वा चोटपटक लागेको छ ? यदि छ भने त्यसको असर हालसम्म बाँकी भए विस्तृत विवरण दिनुहोस् । ग) अक्सर तपाईं लाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सकको नाम, ठेगाना घ) विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसैबाट औषधोपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? कुन किसिमको विरामी वा चोटपटक लागेको थियो ?	क) ख) ग) घ)
८. <u>महिलाका लागि मात्र :</u> क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? (यदि हुनुहुन्छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्) ख) सवैभन्दा पछि प्रसुति भएको मिति : ग) विगतमा प्रसुति सम्बन्धी कुनै अवरोध भए सोको विवरण: घ) प्रसुति : सामान्य वा शल्यक्रिया	क) ख) ग) घ)
९. <u>गृहिणीहरूका लागि मात्र :</u> क) श्रीमान्को पुरा नाम : ख) पेशा : ग) श्रीमान्को जीवन बीमा छ भने बीमकको नाम : घ) बीमा रकम रु. : ङ) मासिक आम्दानी :	क) ख) ग) घ) ङ)
व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण	
१. (क) पूरा नाम:	
२. (क) तपाईंको उचाई कति छ?	(क).....फिट.....इन्च
(ख) तपाईंका वजन कति छ?	(ख).....केजी
३.	गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन अक्सर कुन किसिम र कति परिमाण ?
(क) तपाईं मदिरापान गर्नु हुन्छ ?	(क) गर्छु/गर्दिन
(ख) तपाईं धुम्रपान गर्नु हुन्छ ?	(ख) गर्छु/गर्दिन
(ग) तपाईं लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?	(ग) गर्छु/गर्दिन

४. पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक		
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर	मृत्युको खास कारण	मृत्युभएको साल
माता पिता दाजु/भाइ दिदी/बहिनी पति/पत्नी					
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 । (ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् ।			(क) छ/छैन (ख) छ/छैन बस्नुभएको भए मिति, अवधि असर डाक्टरको नाम तथा ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस् ।		
६. तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ? (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 । (ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, प्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग (ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप । (घ) स्तूप कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग । (ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग । च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल फिस्टूला, नसा सुनिने रोग । छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विग्रोको, जलग्रह, वात सम्बन्धी रोग, धातूरोग । भिरङ्गी वा अन्य कुनै यौन सम्बन्धी सरुवा रोग (ज) क्यान्सर वा महारोग । (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 ? (ञ) मधुमेह, प्रेसर सम्बन्धी रोग । (ट) कहिले औषधि लिनुभयो ?			यदि छ भने विस्तृत विवरण उल्लेख गर्नुहोस् (क) छ/छैन (ख) छ/छैन (ग) छ/छैन (घ) छ/छैन (ङ) छ/छैन च) छ/छैन छ) छ/छैन (ज) छ/छैन (झ) छ/छैन (ञ) छ/छैन (ट) छ/छैन		

(ठ) औलो, सन्यपात (टाईफाईड), रुघा, खोकी, कालाज्वर, फिलेरीयासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो । (ड) विफर (ढ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ? (ण) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जांच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ? (त) 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 ।	(त्र) छ/छैन (ट) छ/छैन (ठ) छ/छैन (ड) छ/छैन (ढ) छ/छैन
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 ।	छ/छैन

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 प्रस्तावको दस्तखत

.....

अभिकर्ता संकेत नं.

बीमालेख नं.