

पति

पत्नी

पासपोर्ट  
साइजको  
फोटो



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

दम्पती अमृत सावधिक बीमा प्रस्ताव फाराम  
(दम्पतीले भर्नु पर्ने)

पासपोर्ट  
साइजको  
फोटो

प्रस्ताव नं.....

अभिकर्ता संकेत नं.....

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

१. प्रस्तावकको विवरण : (पति)

क) पूरा नाम, थर (नेपालीमा)

अंग्रेजी (ठुलो अक्षरमा)

ख) पिताको नाम

माताको नाम

ग) प्रस्तावकको पूरा ठेगाना :

अञ्चल.....

जिल्ला.....

न.पा./गा.वि.स.....

वडा नं.....

ब्लक नं.....

पत्राचार गर्ने ठेगाना :

फोन/मोबाइल नं. :

(कार्यालय).....

(फ्याक्स).....

ईमेल :

घ) पेशा :

ङ) रोजगारदाताको नाम र ठेगाना :

च) निजी व्यवसाय भए सोको विवरण :

छ) शैक्षिक योग्यता :

ज) उमेर सम्बन्धी प्रमाण :

झ) नागरिकता/पासपोर्ट नं. :

ञ) जन्म मिति :वि.सं.....

साल.....

महिना.....

गते

ई.सं.....

साल.....

महिना.....

तारिख

ट) स्थायी लेखा नम्बर

ठ) आय स्रोत (मासिक/वार्षिक आम्दानी) :

नोकरीबाट (तलब भत्ता सहित) रु.....

व्यापारबाट रु. .... अन्य स्रोतबाट रु. ....

१. प्रस्तावकको विवरण : (पति)

क) पूरा नाम, थर (नेपालीमा)

अंग्रेजी (ठुलो अक्षरमा)

ख) पिताको नाम

माताको नाम

ग) प्रस्तावकको पूरा ठेगाना :

अञ्चल.....

जिल्ला.....

न.पा./गा.वि.स.....

वडा नं.....

ब्लक नं.....

पत्राचार गर्ने ठेगाना :

फोन/मोबाइल नं. :

(कार्यालय).....

(फ्याक्स).....

ईमेल :

घ) पेशा :

ङ) रोजगारदाताको नाम र ठेगाना :

च) निजी व्यवसाय भए सोको विवरण :

छ) शैक्षिक योग्यता :

ज) उमेर सम्बन्धी प्रमाण :

झ) नागरिकता/पासपोर्ट नं. :

ञ) जन्म मिति :वि.सं.....

साल.....

महिना.....

गते

ई.सं.....

साल.....

महिना.....

तारिख

ट) स्थायी लेखा नम्बर

ठ) आय स्रोत (मासिक/वार्षिक आम्दानी) :

नोकरीबाट (तलब भत्ता सहित) रु.....

व्यापारबाट रु. .... अन्य स्रोतबाट रु. ....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>२. बीमा विवरण :</p> <p>क) बीमा अवधि ..... ख) दुर्घटना मृत्यु लाभ : लिने <input type="checkbox"/> नलिने <input type="checkbox"/></p> <p>ग) बीमाङ्क रकम रु..... घ) बीमाशुल्क मिनाहा सुविधा : लिने <input type="checkbox"/> नलिने <input type="checkbox"/></p> <p>ड) बीमा शुल्क रु. .... च) बीमा शुल्क भुक्तानी गर्ने तरिका (वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक)</p> |                                                                                           |                                                                                           |
| <p>३. इच्छाइएको व्यक्तिको (पति, पत्नी दुवैको निधन भएको अवस्थाका लागि)</p> <p>पूरा नाम, थर (नेपालीमा) :</p> <p>पूरा नाम, थर (अंग्रेजीमा) :</p> <p>ठेगाना :</p> <p>बीमितसंगको नाता :</p> <p>सो नभएमा बीमा ऐन, २०७९ दफा १२७ उपदफा (२) अनुसार प्रचलित कानून बमोजिम बीमितको हकवालालाई भुक्तानी गरिनेछ ।</p>                                                                |                                                                                           |                                                                                           |
| <p>४. प्रस्तावकको देहायको कुनै काम गर्ने 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 विवरण लेख्नुहोस्</p> <p>पति</p> <p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p>                    | <p>छ भने विवरण लेख्नुहोस्</p> <p>पत्नी</p> <p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p>                  |
| <p>५. के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य वा तपाईंले इच्छाइएको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति हुनुहुन्छ ?</p> <p>(क) यदि छ भने ।</p>                                                                                                                                                                                                                                  | <p>छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/></p> <p>(क)</p>                 | <p>छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/></p> <p>(क)</p>                 |
| <p>६. क) तपाईंले जीवन बीमाको लागि कुनै अरु बीमक वा यस बीमकसंग कहिल्यै प्रस्ताव गर्नुभएको थियो ?</p> <p>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 ।</p>                                                                                  | <p>क)</p> <p>ख) बीमकको नाम :</p> <p>बीमाङ्क :</p> <p>मिति :</p> <p>प्रस्तावको नतिजा :</p> | <p>क)</p> <p>ख) बीमकको नाम :</p> <p>बीमाङ्क :</p> <p>मिति :</p> <p>प्रस्तावको नतिजा :</p> |
| <p>७. क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ?</p> <p>ख) यस अघि कुनै रोग वा चोटपटक लागेको छ भने त्यसको असर हालसम्म बाँकी भए विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।</p> <p>ग) अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सकको नाम, ठेगाना</p> <p>घ) विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसैबाट औषधोपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? र कुन किसिमको बिरामी वा चोटपटक लागेको थियो ?</p>            | <p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p> <p>घ)</p>                                                   | <p>क)</p> <p>ख)</p> <p>ग)</p> <p>घ)</p>                                                   |
| <p>८. पत्नीका लागि मात्र :</p> <p>क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ?</p> <p>(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>                                                   |                                                                                           |

| व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|-------|----------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|-------|
| १. क) प्रस्तावक (पति)को पूरा नाम, थर :.....<br>(ख) प्रस्तावक (पत्नी)को पूरा नाम, थर :.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
| २<br>(क) तपाईंको उचाई कति छ ?<br>(ख) तपाईंको वजन कति छ ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |       | पति                                                      |       | पत्नी                                                    |       |                   |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       | (क) ..... फिट ..... इन्च<br>(ख) ..... केजी               |       | (क) ..... फिट ..... इन्च<br>(ख) ..... केजी               |       |                   |       |                 |       |
| ३.<br><br>(क) तपाईं मदिरापान गर्नु हुन्छ ?<br>(ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ?<br>(ग) तपाईं लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |            |       | गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन अक्सर कुन किसिम र कति परिमाण ?   |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       | पति                                                      |       | पत्नी                                                    |       |                   |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       | (क) गर्छु/गर्दिन<br>(ख) गर्छु/गर्दिन<br>(ग) गर्छु/गर्दिन |       | (क) गर्छु/गर्दिन<br>(ख) गर्छु/गर्दिन<br>(ग) गर्छु/गर्दिन |       |                   |       |                 |       |
| ४. पारिवारिक इतिहास                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | जीवित      |       |                                                          |       | मृतक                                                     |       |                   |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | हालको उमेर |       | स्वास्थ्यको अवस्था                                       |       | उमेर                                                     |       | मृत्युको खास कारण |       | मृत्यु भएको साल |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | पति        | पत्नी | पति                                                      | पत्नी | पति                                                      | पत्नी | पति               | पत्नी | पति             | पत्नी |
| माता                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
| पिता                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
| दाजु/भाइ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
| दिदी/बहिनी                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |            |       |                                                          |       |                                                          |       |                   |       |                 |       |
| ५.<br><br>(क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधूमेह, हेमोफोलिया वा अन्य पूर्वौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस् ।<br><br>(ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सुरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् ।<br>(बस्नुभएको भए मिति, अवधि, असर, उपचारमा संलग्न डाक्टरको नाम तथा ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस्)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |            |       |                                                          |       | पति                                                      |       | पत्नी             |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनु होला)                      |       |                   |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (क) छ/छैन                                                |       | (क) छ/छैन         |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (ख) छ/छैन                                                |       | (ख) छ/छैन         |       |                 |       |
| ६. तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ।<br><br>(क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिस् न्युरस्थेनिया, न्युरेल्जीया, पक्षचात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा र अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।<br><br>(ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्युरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।<br><br>(ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।<br><br>(घ) स्पु कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने एपेन्डीसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।<br><br>(ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।<br><br>(च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल फिस्टुला, नसा सुन्निले रोग । |  |            |       |                                                          |       | (क)                                                      |       | (क)               |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (ख)                                                      |       | (ख)               |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (ग)                                                      |       | (ग)               |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (घ)                                                      |       | (घ)               |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (ङ)                                                      |       | (ङ)               |       |                 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |       |                                                          |       | (च)                                                      |       | (च)               |       |                 |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                               |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| (छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विप्रेको, जलग्रह, वात सम्बन्धी रोग, धातुरोग,भिरङ्गी वा अन्य कुनै यौन सम्बन्धी सरुवा रोग ।                                                                                                                                            | (छ)   | (छ)   |
| (ज) क्यान्सर वा महारोग ।                                                                                                                                                                                                                                      | (ज)   | (ज)   |
| (झ) कान, नाम, घांटी वा आखाँ सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदि बग्ने भए, कहिले थाहा भयो ?                                                                                                                | (झ)   | (झ)   |
| (ञ) औँलो,सन्धपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर, फिलेरियासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।                                                                                                                                                         | (ञ)   | (ञ)   |
| (ट) विफर ।                                                                                                                                                                                                                                                    | (ट)   | (ट)   |
| (ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?                                                                                                                                                                                                   | (ठ)   | (ठ)   |
| (ड) कहिले एक्सरे, ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?                                                                                                                                                                              | (ड)   | (ड)   |
| (ढ) कुनै शल्यक्रिया (दुर्घटना वा सख्त घाइते, चोटपटक, कुनै अङ्गभङ्ग भएको वा शरिरको कुनै अंग काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो कि ? यदि थियो भने सम्बन्धीत रिपोर्ट पेश गर्नु होस् । | (ढ)   | (ढ)   |
| 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 ।                                                                                                          | पति   | पत्नी |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | छ/छैन | छ/छैन |

### उद्घोषण

उपरोक्त प्रश्नहरूका उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र हाम्रो जीवन बीमाको लागि जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई हामीले दबाए छिपाएको छैन भनी हामी घोषणा गर्दछौं ।

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

कुनै पनि समय हामीलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसंग हाम्रो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि हामीले प्रस्ताव गरेको बीमक नेशनल लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले हाम्रो बारेमा सोधपुछ गर्न सक्ने छ र आवश्यक जानकारीहरू प्रदान गर्न हामीले अख्तियारी दिएका छौं र यस्ता जानकारीहरू प्रकाशनमा ल्याउन मनाही गर्ने कानुनी वा रितिरिवाजको आधार लिई उजुरी गर्ने छैन ।

जीवन बीमा प्रस्तावक (पति) को दस्तखत

जीवन बीमा प्रस्तावक (पत्नी) को दस्तखत

मिति : .....

.....

नाम:

.....

नाम:

अभिकर्ता संकेत नं. :

बीमालेख नं. :