

नेपाल लाइफ

इन्स्योरेन्स

नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
रजिष्टर्ड कार्यालय - मेनरोड वीरगंज (पसी), प्रधान कार्यालय - क्लासिक कमप्लेक्स, कमलादी, काठमाडौं

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

प्रस्ताव नं./पोलिसी नं.

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम/थर	जन्म मिति	लिंग पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/>	उमेर	पेशा
बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको उचाई	फिट/इन्च	बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको तौल	के.जी.	

लिन चाहेको बीमा रकम :	व्यक्तिगत वा नियमित स्वास्थ्य परीक्षण गरिने चिकित्सकको नाम:	ठेगाना :
यो भन्दा पहिलेको कुल बीमा रकम :		
पछिल्लो स्वास्थ्य परामर्श गरिएको मिति :	हाल कुनै औषधि सेवन गरिरहनु भएको छ ? छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
स्वास्थ्य परामर्शको कारण :	यदि छ भने सो को विवरण :	
परामर्श सेवा लिएको चिकित्सकको नाम :		

तल सोधिएको प्रश्नमा यदि छ भने प्रश्नमा चिन्ह लगाउनुहोस् र सो को विवरण दिनुहोस

क्र.स.	स्वास्थ्य प्रश्नावली	चिन्ह लगाउनुहोस्	यदि छ भने विवरण दिनुहोस
१.	कुनै समय मनोचिकित्सक (Psychiatrist) को परामर्श लिन भएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
२.	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी बताइएको थियो ? क) मधुमेह , उच्च रक्तचाप (प्रेसर) सम्बन्धी रोग भएको । ख) छारे रोग (मिर्गी), बेहोस हुने, डराउने वा मानसिक रोग, भ्रमभ्रम गर्ने, पोल्ने नसा सम्बन्धी रोग, खुट्टा नचल्ने / कमजोर हुने या अन्य कुनै मगज तथा नसा सम्बन्धी कुनै रोग भएको । ग) चक्कर लाग्ने, बेहोस हुने, सास फुल्ने वा सास फेर्न गाह्रो हुने, दम बढ्ने, उच्च रक्तचाप, ढुकढुकी बढ्ने, मुटु, रगत या रक्त नली सम्बन्धी कुनै रोग भएको । घ) खकारमा रगत, रगत छाड्ने, क्षयरोग, एलर्जी दम (Asthma), खोकी लागि रहने, छाती दुख्ने या स्वास प्रस्वास, फोक्सो सम्बन्धी कुनै रोग भएको । ङ) अपच, पेट / आन्त्रमा घाउ (Ulcer), गानो जाने, कलेजो, पित्त थैली, पेट तथा आन्त्र सम्बन्धी रोग भएको । च) पिसावमा चिनी / प्रोटीन / दुग्ग, सरुवा रोग, महिनावारी गढबढी, मृगौला, प्रोस्टेट, पिसाव थैली वा भित्री अंग सम्बन्धी रोग । छ) आँखा, नाक, कान, घाँटी, नाकबाट रगत बग्ने समेत कुनै रोग भएको । ज) क्यान्सर, ट्युमर, सिस्ट वा अन्य कुनै अनावश्यक अंग बढेको भए । झ) जन्डिस / कमल पित्त वा अन्य कुनै कलेजो सम्बन्धी रोग र पहिला भएर ठीक भएको भए । ञ) मलेरिया, आउँ रगत, हैजा वा अन्य कुनै सरुवा रोग । ट) बाथ रोग, बाथ ज्वरो, हाडजोर्नी दुख्ने / सुनिने, युरीक एसिड, युरीक एसिड बढेर गाँठागुँठी आउने, मेरुदण्ड सम्बन्धी रोग, मेरुदण्ड घस्केको (सरेको), मांसपेशी सम्बन्धी रोग, शरीरमा अनावश्यक गाँठागुँठी बढेको वा छाला सम्बन्धी रोग लागेको ।	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
३.	तपाइले कहिल्यै एड्स (AIDS) वा एड्स सम्बन्धी कुनै स्वास्थ्य सल्लाह परामर्श वा उपचार सेवा लिनभएको छ वा तपाईंलाई यस्तो भएको थियो भनेर बताइएको छ वा एच आई बी (HIV) परीक्षण गर्नुभएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
४.	विगत ५ वर्षमा तलका मध्ये कुनै परीक्षण गराउनु भएको छ ? क) एक्स-रे, म्यामोग्राफी, बायोप्सी, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, सिटी स्क्यान, ईको, अल्ट्रासाउण्ड, रगत, पिसाब जाँच वा यस्तै कुनै परीक्षण ख) बिरामीपना, घाइते, सत्यक्रिया, स्वास्थ्य परामर्श, उपचार वा माथि उल्लेख नगरिएका कुनै स्वास्थ्य जाँच	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	

क्र.स.	स्वास्थ्य प्रश्नावली	चिन्ह लगाउनुहोस्	यदि छ भने विवरण दिनुहोस्
५.	तपाईंलाई थाहा भएसम्म आफ्नो परिवारको कुनै सदस्यको क्यान्सर, क्षयरोग, मधुमेह, हृदयघात, उच्च रक्तचाप, मानसिक रोग, किडनी सम्बन्धी रोग वा कुनै वंशानुगत रोगका कारण मृत्यु भएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
६.	क) तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? यदि गर्नुहुन्छ भने कसरी र कति समयमा कति मात्रा गर्नुहुन्छ ?	गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/>	
	ख) मध्यपान - जाँड, रक्सी, वाईन सेवन गर्नुहुन्छ ? यदि गर्नुहुन्छ भने कसरी कति मात्रा ?	गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/>	
	ग) आज भन्दा पहिले कुनै समय अत्यधिक मध्यपान वा पिउने गर्नुहुन्थ्यो ?	गर्थिए <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/>	
	घ) लागुपदार्थ वा निकोटिन सेवन गर्नुभएको छ वा लागुपदार्थ दुर्व्यसन वा मध्यपानका कारण स्वास्थ्योपचार गराउनु भएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
	ड) अन्य कुनै शारीरिक कमजोरी वा स्वास्थ्य समस्या छन् ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
७.	क) विगत वर्षहरूमा ५ के.जी. भन्दा बढी तौल घटबढ भएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	
	ख) बीमा सम्बन्धी तपाईंको निवेदन कहिल्यै फेरबदल, फिर्ता वा परिवर्तन गरिएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>	

८. पारिवारिक विवरण

नाता	जीवित		मृतक		
	हालको उमेर	स्वास्थ्य अवस्था	उमेर	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
पिता					
माता					
दाजु/भाई					
दिदी/बहिनी					
श्रीमान/श्रीमती					
बच्चा					

९.	महिलाका लागि मात्र	विवरण			
क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? (यदि हुनुहुन्छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्)	छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>		
ख)	विगतमा प्रसूति सम्बन्धी कुनै अवरोध भए सोको विवरण :	छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>		
ग)	तपाईं / बीमा प्रस्तावकको सबैभन्दा पछि प्रसूति भएको मिति तथा स्थान लेख्नुहोस् ।	मिति		स्थान	
घ)	प्रसूतिको किसिम उल्लेख गर्नुहोस्	साधारण <input type="checkbox"/>	शल्यक्रिया <input type="checkbox"/>		

उद्घोषण

उपरोक्त प्रश्नहरूको उत्तर सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो / प्रस्तावकको / श्रीमानको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए छिपाएको छैन भनि म सच्चा हृदयले उद्घोषण गर्दछु। मैले माथि उद्घोषण गरिएका प्रश्नहरूको उत्तर यदि असत्य वा लुकाएको छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको करार सुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र कम्पनीले गर्ने जे जस्तो निर्णय मलाई मान्य हुनेछ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण, व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण तथा संलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म / बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु। कुनै पनि समय मलाई / बीमा गर्ने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसँग मेरो / जीवन बीमा गर्नेको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो / बीमा गर्न चाहने व्यक्ति बारेमा सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरा मन्जुरी छ।

मिति :

साक्षीको

जीवन बीमा प्रस्तावकको

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको

स्थान :

दस्तखत

दस्तखत

दस्तखत

नाम :

(यदि प्रस्तावक वा बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)

नाम :

(जीवन बीमा प्रस्तावकको नाम) (यदि बीमा प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति फरक भएमा आफ्नै हस्ताक्षरमा)

नाम :

(आफ्नै हस्ताक्षर)