



नेपाल लाइफ

इन्स्योरेन्स कं. लि.

रजिस्टर्ड कार्यालय – मेनरोड वीरगंज (पसरा)
प्रधान कार्यालय-पो.ब.नं. ११०३०, कमलादी, काठमाडौं
व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

प्रस्ताव नं.:

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम/थर :	नागरिकता नं.: वा पासपोर्ट नं.:	पुरुष महिला	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	जन्म मिति:	उमेर	एजेन्टको नाम: कोड नं.:
पेशा :	लिन चाहेको बीमाङ्क रकम : यो भन्दा पहिलेको बीमाङ्क रकम		व्यक्तिगत वा नियमित स्वास्थ्य परीक्षण गरिने चिकित्सकका नाम, ठेगाना:		हाल कुनै औषधि सेवन गरी रहनु भएको छ <input type="checkbox"/> छ <input checked="" type="checkbox"/> छैन यदि छ भने सो को विवरण:	
तपाईं बीमा चाहने व्यक्तिको उचाई तपाईं बीमा चाहने व्यक्तिको तौल	फिट	इन्च				
पछिलो स्वास्थ्य परामर्श गरिएको मिति: स्वास्थ्य परामर्शको कारण: परामर्श सेवा लिएको चिकित्सकको नाम:						
कुनै समय मनोचिकित्सक (Psychiatrist) को परामर्श लिनु भएको छ यदि छ भने सो को विवरण र मिति						
छ <input type="checkbox"/> छैन <input checked="" type="checkbox"/>						
1. तपाईलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी बताइएको थियो ?					छ <input type="checkbox"/>	छैन <input checked="" type="checkbox"/>
क) छारे रोग (मिर्गी), बेहोस हुने, डराउने वा मानसिक रोग, भमभ्रम गर्ने, पोल्ने नसा सम्बन्धी					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
रोग, खुट्टा नचल्ने/कमजोर हुने या अन्य कुनै मगज तथा नसा सम्बन्धी कुनै रोग भएको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ख) चक्कर लाग्ने, बेहोस हुने, सास फुल्ने वा सास फेर्ने गाहो हुने, दम बढ्ने, उच्च रक्तचाप, ढुकढुकी बढ्ने, मुटु, रगत या रक्त नली सम्बन्धी कुनै रोग भएको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ग) खकारमा रगत, रगत छाद्ने, क्षयरोग, एलर्जी दम (asthma), खोकी लागि रहने, छाती दुख्ने या स्वास प्रस्वास, फौक्सो सम्बन्धी कुनै रोग भएको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
घ) अपच, पेट/आन्द्रामा घाउ (ulcer), गानो जाने, कलेजो, पित्त थैली, पेट तथा आन्द्रा सम्बन्धी रोग भएको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ङ) पिसावमा चिनी/प्रोटिन/दुङ्गा, सर्वा रोग, महिनावारी गढबढी, मृगौला, प्रोस्ट्रेट, पिसाव थैली वा भित्री अंग सम्बन्धी रोग।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
च) आँखा, नाक, कान, घाँटी, नाकबाट रगत बग्ने समेत कुनै रोग भएको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
छ) क्यान्सर, ट्युमर, सिस्ट वा अन्य कुनै अनावश्यक अंग बढेको भए।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ज) जन्डिस/कमल पित्त वा अन्य कुनै कलेजो सम्बन्धी रोग र पहिला भएर ठीक भएको भए।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
झ) मलेरिया, आउँ रगत, हैजा वा अन्य कुनै सर्वा रोग।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
झ) बाथ रोग, बाथ ज्वरो, हाडजोर्नी दुख्ने/सुनिने, युरीक एसीड, युरीक एसिड बढेर गाँठागुँठी आउने, मेरुदण्ड सम्बन्धी रोग, मेरुदण्ड घस्केको (सरेको), मांसपेसी सम्बन्धी रोग, शरीरमा अनावश्यक गाँठागुँठी बढेको या छाला सम्बन्धी रोग लागेको।					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. तपाईले कहिल्यै एड्स (AIDS) वा एड्स सम्बन्धी कुनै स्वास्थ्य सल्लाह परामर्श वा उपचार सेवा लिनुभएको छ वा तपाईलाई यस्तो भएको थियो भनेर बताइएको छ वा एच आई भी (HIV) परीक्षण गर्नुभएको छ ? छ भने परिणाम वा विगत ३ (तीन) महिनामा एक हत्ता भन्दा बढी निरन्तर थकाई महशुस, तौल घट्ने वा भाडापछाला जस्ता लक्षण देखा परेको भएमा।						

उद्घोषणा

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 तै र 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 औषधेपचार 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 मन्त्रुरूपी छ ।

साक्षीको	जीवन बीमा प्रस्तावकको	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
दस्तखत	दस्तखत	दस्तखत
.....
नाम..... जीवन बीमा चाहने प्रस्तावकको नाम (परिवारी सम्बन्धित उल्लेख करने का अनुचित है)	नाम..... (आपको दस्तावेज़ भरना चाहिए)	