

सिटीजन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

दर्ता नं १००४/०६३/०६४, स्थायी लेखा नं. ३०२७४४७३०,
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)
प्रधान कार्यालय : टेकु, काठमाडौं ।

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

फोटो
बीमितको

फोटो
प्रस्तावकको

(कृपया सफासंग लेख्नुहोस्, कुनै केरमेन्ट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस्)

शाखा कार्यालय : अभिकर्ताको नाम : अभिकर्ता इजाजतपत्र नं.:

१. बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

(क)	नाम, थर :	
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS	
(ग)	स्थायी ठेगाना :	
	हाल : प्रदेश नं. : जिल्ला : उप/म.न.पा./न.पा./गा.पा.:	वडा नं.
	साबिक : अञ्चल : जिल्ला : उप/म.न.पा./न.पा./गा.वि.स.:	वडा नं.
	फोन नं.: मोबाइल नं.:	ईमेल :
(घ)	अस्थायी ठेगाना :	
	हाल : प्रदेश नं. : जिल्ला : उप/म.न.पा./न.पा./गा.पा.:	वडा नं.
	साबिक : अञ्चल : जिल्ला : उप/म.न.पा./न.पा./गा.वि.स.:	वडा नं.
	स्थायी लेखा नं. (लिएको भए) :	
(ङ)	जन्म मिति : उमेर : उमेर सम्बन्धी प्रमाणपत्र (प.नं.सहित) :	लिङ्ग :
(च)	राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता :
(छ)	पेशा सम्बन्धी विवरण (आम्दानीको श्रोत) :	
(ज)	i) व्यापार व्यवसाय : (प्रकृति उल्लेख गर्ने)	i)
	ii) नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना समेत उल्लेख गर्ने)	ii)
	iii) कृषि : (प्रकृति उल्लेख गर्ने)	iii)
	iv) अन्य : (आय आर्जनको प्रकृति उल्लेख गर्ने)	iv)
(झ)	सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय :	
(ञ)	बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको पिता/पतिको नाम, थर :	
२	जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।	
(क)	बीमा योजनाको किसिम :	
(ख)	बीमा अवधि :	वर्ष :
(ग)	बीमाशुल्क भुक्तानी अवधि :	वर्ष :
(घ)	बीमाङ्क :	अक्षरमा : अक्षरमा :
(ङ)	बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	(एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक)
(च)	के तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
(छ)	के तपाईं बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB) र स्थायी अपाङ्ग सुविधा (PTD) लिन चाहनु हुन्छ ?	
(ज)	के तपाईं मासिक आम्दानी सुविधा (MIB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
(झ)	के तपाईं काजक्रिया खर्च (Funeral Expenses) लिन चाहनु हुन्छ ?	
(ञ)	के तपाईं घातक रोग (Critical Illness) सुविधा लिन चाहनु हुन्छ ? चाहनु हुन्छ भने बीमाङ्क रकम उल्लेख गर्नु होस् ।	13 CI <input type="checkbox"/> / 20 CI <input type="checkbox"/> बीमाङ्क :
(ट)	के तपाईं स्वतः बीमाशुल्क ऋण सुविधा लिन चाहनु हुन्छ ?	
३	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल्ल सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितका मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०४९ को दफा ३८ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिने छ)	इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम थर : इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना : इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम : बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बीचको नाता :

४	बीमितको देहाय बमोजिमको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?					
(क)	स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा सञ्चालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)					
(ख)	कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने					
(ग)	नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने					
५	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नु भएको छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।					
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ? (हालको स्थिती चालु वा व्यतित)
६	तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त बाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।					
७	स्वास्थ्य विवरण :					
(क)	के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको बिरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नुभएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।					
(ख)	अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।					
(ग)	तपाईंले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?					
प्रस्तावक महिला भएमा मात्र भर्नुपर्ने विवरण :						
(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस् ।					
(ख)	पछिल्लो पटक प्रसुति/महिनावारी भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।					
(ग)	गर्भ पतन वा अन्य किसिमको असामान्य किसिमको प्रसुति भएको वा गरिएको विवरण दिनुहोस् ।					
तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/अभिभावकको यस कम्पनी वा अन्य बीमा कम्पनीमा जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् ।						
	कम्पनीको नाम	प्रस्ताव/बीमालेख नं.	बीमा योजना	बीमाङ्क	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)	
बालबच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नु पर्ने विवरण						
(क)	बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :					
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS					
(ग)	स्थायी ठेगाना :					
	जिल्ला :	उप/म.न.पा./न.पा./गा.पा.:	वडा नं. :	फोन नं. :	ईमेल :	
(घ)	उमेर सम्बन्धी प्रमाण पत्र			जारी मिति :		
(ङ)	जन्म मिति :	उमेर :	लिङ्ग :			
(च)	राष्ट्रियता :	स्वास्थ्य स्थिति :				
(छ)	प्रस्तावक र बीमितको नाता सम्बन्ध :					
	कैफियत :					

उद्घोषण

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवनमा बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा संलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र सिटीजन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरेको प्रथम बीमाशुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मितिदेखि मेरो जीवन बीमा लागु हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझाएको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मन्जुरी छ ।

कुनै पनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग सिटीजन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारी प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनका लागि अख्तियार दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्ने छैन ।

मिति :

ठेगाना :

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत