

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 ।

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले/प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

(कृपया सफासाँग लेख्नुहोस्, र कुनै केरमेत भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस् ।)

		बीमित				प्रस्तावक					
१	क) पुरा नाम, थर : ख) ठेगाना :	क) ख)				क) ख)					
२	क) तपाईंको उचाई कति छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	क) फिट इन्च ख) केजी				क) फिट इन्च ख) केजी					
३	क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ख) तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? ग) तपाईं हाल लागूपर्दाथ प्रयोग गर्नु हुन्छ वा कहिले गर्नु भएको थियो ? (यदि गर्नु हुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस्)	क) गर्छु/गर्दिन ख) गर्छु/गर्दिन ग)				क) गर्छु/गर्दिन ख) गर्छु/गर्दिन ग)					
४	पारिवारिक इतिहास	जीवित				मृतक					
		हालको उमेर		स्वास्थ्यको अवस्था		उमेर(मृत्युको समयमा)		मृत्युको खास कारण		मृत्यु भएको साल	
		बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक
		माता									
		पिता									
		दाजु/भाई									
		दिदी/बहिनी									
		पति/पत्नी									
	बच्चाहरु										

		बीमित		प्रस्तावक	
५	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य वंशाणुगत रोगबाट पीडित भए सोको विवरण दिनुहोस् ।	क)		क)	
	ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बस्नु भएको छ ? यदि बस्नु भएको भए सोको मिति, अवधि, अक्सर औषधोपचार गर्ने डाक्टरको नाम, थर, ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस् ।	ख)		ख)	
६	क) तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ? क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुख्रा पर्नु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)		क)	
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	ख)		ख)	
	ग) मुख्रा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप	ग)		ग)	
	घ) कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	घ)		घ)	
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	ङ)		ङ)	
	च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिने रोग ।	च)		च)	
	छ) मृगौला वा मुत्रस्थल बिग्रिएको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।	छ)		छ)	
	ज) क्यान्सर वा कृष्ठरोग ।	ज)		ज)	
झ) कान, नाक, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदि बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?	झ)		झ)		

	बीमित	प्रस्तावक
अ) औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	अ)	अ)
ब) विफर	ब)	ब)
ग) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ग)	ग)
घ) कहिले एक्सरे, ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?	घ)	घ)
ङ) कुनै शल्यक्रिया दुर्घटना वा सख्त घाईते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो कि ?	ङ)	ङ)
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 ।		

यदि प्रस्तावक र बीमित फरक फरक भएमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

क) पूरा नाम, थर :	क)
ख) ठेगाना :	ख)
ग) प्रस्तावक र बीमित बीच सम्बन्ध :	ग)

बीमा गर्न चाहने नाबालक सम्बन्धी प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

९	(क) बीमा चाहने व्यक्ति (नाबालक बच्चा) को पूरा नाम, थर :	
	(ख) नाबालक बच्चा (बीमित) को जन्म स्थान : अस्पताल वा निवास:	अस्पतालको नाम र ठेगाना:
	(ग) के बच्चालाई रोग सँग प्रतिरक्षण गर्ने खोप या सुई दिइएको छ ?	
	(घ) बच्चा जन्मदाको : तौल : उचाई :	
	(ङ) विगत १ वर्ष भित्र बच्चाको घरमा कुनै बच्चा वा अरु कोही संक्रमण सरुवा रोगका पिडित हुनुहुन्थ्यो ?	
	(च) के बच्चा अंगभंग, लगडो, हात वा खुट्टा नभएको दृष्टि वा श्रवण शक्ति कम आदिका कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	
	(छ) के बच्चा कुनै बिरामी, वंशानुगत रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नुपर्ने छ ?	
	(ज) के बच्चालाई हाल कुनै रोगको औषधोपचार गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	
	(झ) बच्चाको १ वर्ष भित्र तौल घटेको वा बढेको के छ ? यदि छ भने किन ?	
	(ञ) बच्चाको हालको : तौल : उचाई :	
	(ट) बच्चाको हाल स्वास्थ्य अवस्था कस्तो छ ?	
	(ठ) विगतमा कहिले कतै/कसैबाट तपाईंले बच्चाको उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? यदि छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोट पटक लागेको थियो ?	
	(ड) कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नुहोस् ?	

उद्घोषण

म जसद्वारा को जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव गरिएको छ यो उद्घोषण गर्दछु कि उपरोक्त विवरण र प्रश्नहरू राम्ररी बुझेर उत्तर दिएको हुँ । र सबै उत्तर सही छन् तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण छ र मैले कुनै सूचना जानाजान लुकाएको छैन । यो प्रस्ताव सम्बन्धी सम्पूर्ण विवरण तथा उद्घोषण मेरो र सिटीजन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड विचको करारको आधारमा हुनेछन् र यदि यसमा कुनै असत्य विवरण पाइएमा यो करार पूर्ण रूपले रद्द हुनेछ । साथै म यो पति उद्घोषण गर्दछु कि बीमितको स्वास्थ्य स्थिति राम्रो छ ।

साक्षीको	जीवन बीमा प्रस्तावकको	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
मिति :	दस्तखत :	दस्तखत :
ठेगाना :	नाम :	नाम :
	ठेगाना :	ठेगाना :
	पेशा :	पेशा :
	(साक्षी स्वयंले लेखी सही छाप गर्नुपर्ने)	(जीवन बीमा चाहने व्यक्ति स्वयंले लेखी सही छाप गर्नुपर्ने)
	(मेरो सोहबरमा सही छाप गराएको)	(यदि बीमा प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति सही छाप गर्नुपर्ने)
	साँचो हो)	फरक भएमा)
	(यदि प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)	