



हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

HIMALAYAN LIFE INSURANCE LIMITED

कम्पनी दर्ता नं. १००३/०६३/०६४
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०७९ अन्तर्गत स्थापित)

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

बीमितको फोटो	प्रस्तावकको फोटो
--------------	------------------

प्रदेश कार्यालय : _____
शाखा कार्यालय : _____ उपशाखा कार्यालय : _____
अभिकर्ताको नाम : _____
अभिकर्ता इजाजतपत्र/आन्तरिक कोड नं.: _____

(कृपया सफासंग लेखुहोस्, कुनै केरमेट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस्)

१. बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

(क)	नाम, थर :																			
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS																			
(ग)	स्थायी ठेगाना :	प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :																
	म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:															वडा नं.:				
(घ)	अस्थायी ठेगाना :	प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :																
	म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:															वडा नं.:				
(ङ)	जन्म मिति	B.S.	उमेर :	उमेर सम्बन्धी प्रमाणपत्र :	प्रमाणपत्र नं. :	विवाहित/अविवाहित :	लिङ्ग :													
		A.D.																		
(च)	स्थायी लेखा नं. (लिएको भए) :															ईमेल :				
(छ)	राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता :	फोन नं. :	मोबाइल नं. :																
(ज)	पेशा सम्बन्धी विवरण (आम्दानीको श्रोत) :																			
	i) व्यापार व्यवसाय : (प्रकृति समेत उल्लेख गर्ने)								i)											
	ii) नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना समेत उल्लेख गर्ने)								ii)											
	iii) कृषि : (व्यवसायको प्रकृति उल्लेख गर्ने)								iii)											
	iv) अन्य : (आय आर्जनको प्रकृति उल्लेख गर्ने)								iv)											
(झ)	सवै श्रोतबाट सालाखाला मासिक/वार्षिक आय :																			
(ञ)	बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको पिता/माता/पति/पत्नीको नाम, थर :																			

२. जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।

(क)	बीमा योजनाको किसिम :	(ख) बीमा अवधि :	भुक्तानी अवधि :
(ग)	बीमाङ्क रकम : अंकमा : अक्षरमा :		
(घ)	बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका : (एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक)		
(ङ)	के तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(च)	के तपाईं दुर्घटना मृत्युलाभ (ADB) बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) र स्थायी अपाङ्ग सुविधा (TPD) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(छ)	के तपाईं मासिक आम्दानी सुविधा (MIB) र बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(ज)	के तपाईं म्यादी जीवन बीमा योजना (Term Policy) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(झ)	के तपाईं असाध्य घातक रोग (Critical Illness) सम्बन्धी अतिरिक्त लाभ लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(ञ)	के तपाईं व्यक्तिगत दुर्घटना लाभ (PAB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(ट)	अन्य		

३. बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ?

सि.नं.	विवरण	नेपालीमा	अंग्रेजीमा
(क)	इच्छाएको व्यक्तिको पूरा नाम थर		
(ख)	इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना		
(ग)	इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम		
(घ)	बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बीचको नाता		
(ङ)	इच्छाएको व्यक्तिसंगको नाता खुले प्रमाण पत्र		

(बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि समयमा परिवर्तन गर्न सक्नेछ। यदि बीमितले इच्छाएको व्यक्ति नराखेको अवस्थामा बीमितको मृत्यु भएमा वा इच्छाएको व्यक्तिको पनि मृत्यु भइसकेको अवस्थामा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०७९ को दफा १२७ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिनेछ।)

नोट: बालबालिका सम्बन्धी बीमा योजना छनोट गर्दा बुँदा नं. ३ भन्ने आवश्यक नपर्ने ।

४. जीवन बीमा विवरण आवेदनको लागि (यदि जीवन बीमा प्रस्ताव स्वीकृत भई बीमालेख जारी भएमा) मात्र लागू हुनेछ ।

<input type="checkbox"/>	स्वतः बीमाशुल्क कर्जामा परिवर्तन गरी बीमालेख निरन्तर चालु राख्ने ।
<input type="checkbox"/>	चुक्ता मुल्यमा परिवर्तन गर्ने ।

५. 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)	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन
(ख)	कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने ?	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन छ भने पेशा उल्लेख गर्नुहोस्
(ग)	नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने ?	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन छ भने देश उल्लेख गर्नुहोस्

६. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण उल्लेख गर्नुहोस ।

बीमा कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति (चालु वा ब्यतित)

७. तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त बाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस ।

--

८. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/अभिभावकको यस कम्पनी वा अन्य बीमा कम्पनीमा जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण उल्लेख गर्नुहोस ।

बीमा कम्पनीको नाम	प्रस्ताव/बीमालेख नं.	बीमा योजना	बीमाङ्क	हालको स्थिति (चालु वा ब्यतित)

९. बालबालिकाको बीमाको लागि मात्र भन्नु पर्ने विवरण

(क)	बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :				
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS				
(ग)	स्थायी ठेगाना : प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :		
	म.न.पा. / उ.म.न.पा. / न.पा. / गा.पा.:	वडा नं.:			
(घ)	जन्म मिति :	उमेर :	लिङ्ग :	उचाई :	वजन :
(ङ)	राष्ट्रियता :	स्वास्थ्य स्थिति :	शारीरिक अवस्थाको पूर्ण विवरण दिनुहोस् :		प्रस्तावक र बीमित बीचको नाता :
(च)	बीमा चाहने व्यक्तिको परिचयात्मक चिन्छ, केही भएमा उल्लेख गर्नुहोस्				
(छ)	यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बच्चाको बीमा गर्नु भएको भए, विवरण दिनुहोस्				
	कम्पनीको नाम :	बीमालेख नं.:	बीमाङ्क :		

१०. तपाईंको बैंक खाताको विवरण (कम्पनीबाट भुक्तानी प्राप्त गर्नका निम्ति)

(क)	खातावालाको नाम :
(ख)	बैंक खाताको किसिम : बचत खाता / चल्ती खाता
(ग)	बैंक खाता नम्बर :
	तपाईंको खाता भएको बैंकको नाम र ठेगाना :

व्यक्तिगत विवरण

१	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको	उचाई :	फिट	इन्च	वजन :	(के.जि.)			
२	के तपाईं धूमपान गर्नुहुन्छ	<input type="checkbox"/>	गर्छु	<input type="checkbox"/>	गर्दिन	के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ?			
		<input type="checkbox"/>	गर्छु	<input type="checkbox"/>	गर्दिन	<input type="checkbox"/>	गर्छु	<input type="checkbox"/>	गर्दिन
३	तपाईं हाल लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थियो ? <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन								
	यदि प्रश्न नं. २ र ३ को उत्तर "गर्छु" छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।								

पारिवारिक विवरण

नाता विवरण	नाम	जीवित (बीमित/प्रस्तावक)		मृतक (बीमित/प्रस्तावक)		
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
माता						
पिता						
दाजु/भाई						
दिदी/बहिनी						
पति/पत्नी						
बच्चाहरु						

स्वास्थ्य अवस्था सम्बन्धी विवरण

(सबै प्रश्नको उत्तर हस्तलिखित रूपमा दिनु पर्नेछ)

१. के तपाईंलाई उच्च रक्तचाप छ ?
२. के तपाईंलाई मधुमेह (डायबिटीज मेलिटस) छ ?
३. के तपाईंलाई मुटुसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
४. के तपाईंलाई मृगौलासँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
५. के तपाईंलाई कलेजोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
६. के तपाईंलाई कुनै प्रकारको ट्युमर वा अर्बुद रोग (क्यान्सर) छ ?
७. के तपाईंलाई मस्तिष्कसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
८. के तपाईंलाई स्नायु प्रणालीसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
९. के तपाईंलाई स्वासप्रस्वास सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
१०. के तपाईंलाई छाला (चर्म) सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
११. के तपाईंलाई नाक, कान, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
१२. के तपाईंलाई फोक्सोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
१३. के तपाईंले एक्सरे (X-Ray), ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG), भिडियो एक्सरे (Ultrasound) तथा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गराउनु भएको छ ?
१४. के तपाईंले बीमालेख प्रस्ताव गर्नु पूर्व क्यान्सर, हृदयघात, कोरोनरी आर्टरी वाइपास ग्राफ्ट, मुटुका भल्भ मर्मत/प्रतिस्थान, कोमा, मृगौला फेलियर, स्ट्रोक, महत्वपूर्ण अंगको प्रत्यारोपण, पक्षघात, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, प्राइमरी पल्मनरी आर्टिरियल हाइपरटेन्सन, अयोर्टा ग्राफ्ट सर्जरी, बेनाइन ब्रेन ट्युमर, दुर्घटनाको कारणबाट मानसिक रोग जस्ता घातक रोग भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिनु भएको छ ? छ भने उक्त सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।
.....
१५. के तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।
.....
१६. के तपाईंले विगत २ वर्षको अवधिमा गम्भिर प्रकृतिको कुनै स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या आई वा कुनै रोगको निदान भई वा दुर्घटनाबाट घाइते भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिनु भएको छ ? छ भने उक्त सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।
.....
.....

१३. बीमित विवाहित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :

(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन	यदि भए गर्भ कति महिनाको भयो ?
(ख)	गर्भ पतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसूति भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन
(ग)	पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।	<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन

म यो घोषणा गर्दछु, कि, माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरू मैले जाने बुझेसम्म सत्य रहेका छन् । यदि माथि उल्लेखित विवरणहरू झुठ्टा ठहरिएमा वा गलत विवरण बुझाएर बीमकलाई भुक्त्याएको ठहरिएमा यो करार रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा जानकारी भई सहमति जनाउँदछु ।

उद्घोषण

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणमा भएका प्रश्नहरूको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लि. वीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । यो प्रस्ताव, उद्घोषण र स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लि. वीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरेको प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि मेरो जीवन बीमा लागू हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मञ्जुरी 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 हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लि. ले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मञ्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू 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

.....
प्रस्तावकको दस्तखत

.....
जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत

के तपाईं बीमित/प्रस्तावकको नातेदार हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने तपाईंको नाता.....

म यो घोषणा गर्दछु कि मैले प्रस्तावक/बीमितलाई यस आवेदनको विषय वस्तु राम्ररी सम्झाएको छु । निजले राम्ररी बुझेपछि मात्र आवेदन फाराममा सही छाप गरेको हो । उपरोक्त विवरण मैले जाने बुझेसम्म सत्य तथ्य रहेको उद्घोषण गर्दछु ।

स्थान :

घोषणा गर्ने अभिकर्ताको नाम, थर :

ठेगाना : मोबाइल नं.

अभिकर्ता कोड नं.: हस्ताक्षर

दायाँ

बायाँ

(निरक्षर भएमा)

ग्राहक पहिचान फारम (Know Your Customer)

(सम्पत्ति शुद्धिकरण ऐन २०६४ को दफा ७ सँग सम्बन्धित)

प्रस्तावकको पुरा नाम थर:	ना.प्र.नं.	जन्म मिति:साल	महिना	गते

बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम थर (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा):	ना.प्र.नं.	जन्म मिति:साल	महिना	गते

ठेगाना तथा सम्पर्क: (तल स्थायी/अस्थायी ठेगानामा क्रमश उल्लेख गर्नुहोस्: घर नम्बर, टोल/गाँउ, वडा नं., न.पा., जिल्ला)

स्थायी ठेगाना : प्रदेश:	अञ्चल:	जिल्ला:
म.न.वा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:		वडा नं.:
अस्थायी ठेगाना : प्रदेश:	अञ्चल:	जिल्ला:
म.न.वा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:		वडा नं.:
बीमा चाहने व्यक्तिको बाबु/आमाको नाम:	ना.प्र.नं.	
बीमा चाहने व्यक्तिको हजुरबुबाको नाम:	ना.प्र.नं.	
बीमा चाहने व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम:	ना.प्र.नं.	

घर बहाल/भाडामा बसेको भए घरधनीको नाम तथा सम्पर्क नं.:

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति/परिवारको अन्य सदस्यहरूको आय श्रोत नोकरी भएमा विवरण दिनुहोस्:

नाम	नाता	कार्यालयको नाम, ठेगाना	पद	वार्षिक आम्दानी	स्थायी लेखा नं.	फोन/मोबाईल नं.


संघ संस्था, कार्यालय, साभेदारी फर्म आदि भए दर्ता प्रमाण पत्र, साभेदारको परिचय खुलाउने कागजात तथा सो सम्बन्धमा आवश्यक कागजात (कार्यालयले माग गरे अनुरूप) पेश गर्नु पर्नेछ।

बीमा गर्न चाहने व्यक्ति वा निजको एकाघरको परिवार उच्च पदस्थ व्यक्ति वा सोसँग सम्बन्धित हुनुहुन्छ ?

यदि हुनुहुन्छ भने विवरण उल्लेख गर्नुहोस्। राजनितिक कर्मचारी

१) नाम: _____ नाता: _____ २) नाम: _____ नाता: _____

ग्राहकको बासस्थानसम्म नजिकको मुलबाटो बाट पुग्न सकिने नक्शा



उत्तर

नोट: कृपया नक्सामा उल्लेख गर्ने स्थानको नजिकको प्रख्यात ठाउँ जस्तै, कार्यालय, स्कूल, कलेज, पसल, हस्पिटल समेत उल्लेख गरिदिनु होला।

स्वघोषणा

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि उपरोक्त बमोजिम उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन्। सम्पत्ति शुद्धिकरण ऐन २०६४ बमोजिम म/हामी सम्बन्धी कुनै पनि जानकारीहरू प्रदान गर्न अख्तियार दिन्छु/दिन्छौं र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रितिरिवाजको आधारले कुनै उजुरी गर्ने छैन।

बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको हस्ताक्षर:

मिति: ठेगाना:

दायाँ	बायाँ

औंठा छाप

कार्यालयले भर्ने

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा:

AML Safety सम्बन्धमा:

नाम: पद: हस्ताक्षर:

अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए:

हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय: मनकामना मार्ग, हात्तीसार, काठमाडौं, फोन नं. ००९७७-०९- ५९७००५७, ४४४९४९४

पृष्ठ नं. ४/४