



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

(कृपया सफासँग लेख्नुहोस्, कुनै केरमेट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस्)

प्रदेश कार्यालय :

शाखा/उपशाखा कार्यालय:

अधिकर्ताको नाम:

अधिकर्ता इजाजतपत्र/आन्तरिक कोड नं.:

१. बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

(क)	नाम, थर :
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS
(ग)	स्थायी ठेगाना: प्रदेश: जिल्ला: म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.: वडा नं.: टोल: घर नं.:
(घ)	अस्थायी ठेगाना: प्रदेश: जिल्ला: म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.: वडा नं.: टोल: घर नं.:
(ङ)	जन्म मिति: उमेर: उमेर सम्बन्धी प्रमाणपत्र: प्रमाणपत्र नं.: जारी भएको जिल्ला: विवाहित/अविवाहित: लिङ्ग:
(च)	स्थायी लेखा नं. (लिएको भए):
(छ)	राष्ट्रियता: शैक्षिक योग्यता: मोबाइल नं.: ईमेल:
(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)	सबै 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:
(ख)	बीमाङ्क रकम: अंकमा अक्षरमा:		
(ग)	बीमाशुल्क भुक्तानी गर्ने तरिका: (एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक)		
(घ)	के तपाईं दुर्घटना मृत्युलाभ (ADB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क	
(ङ)	के तपाईं दुर्घटना मृत्युलाभ (ADB) बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) र स्थायी अपाङ्ग सुविधा (TPD) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क	
(च)	के तपाईं मासिक आम्दानी सुविधा (MIB) र बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क	
(छ)	के तपाईं दाहसंस्कार खर्च FER (Funeral Expenses Rider) (बाल बच्चाको बीमा योजनाकालागि मात्र) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क	
(ज)	के तपाईं बीमाङ्कको ५०% LSR (Lum Sum Rider) (बाल बच्चाको बीमा योजनाकालागि मात्र) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क	
(झ)	के तपाईं 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 ? (बालबालिका बीमा योजनामा भर्न आवश्यक नपर्ने)

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

बीमितले चाहने 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।

४. बीमित/प्रस्तावकको 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)	☐ छ ☐ छैन
(ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने ?	☐ छ ☐ छैन छ भने पेशा उल्लेख गर्नुहोस्
(ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने ?	☐ छ ☐ छैन छ भने देश उल्लेख गर्नुहोस्

५. 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 गर्नुहोस् ।

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

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

--

७. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्/श्रीमती/अभिभावकको यस कम्पनी वा अन्य बीमा कम्पनीमा जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण उल्लेख गर्नुहोस् ।

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

८. बीमा चाहने व्यक्तिको परिवारको अन्य आय आर्जन गर्ने व्यक्ति भए उल्लेख गर्नुहोस् ।

नाम	नाता	पेशा/व्यवसायको विवरण	वार्षिक आमदानी	स्थायी लेखा नं.	फोन/मोबाईल नं.

९. बालबालिकाको बीमाको लागि मात्र भर्नुपर्ने विवरण

(क)	बीमा गर्ने नाबालकको नाम, थर :																													
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS																													
(ग)	स्थायी ठेगाना : प्रदेश:										जिल्ला:																			
	म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:										वडा नं.:																			
											टोल:																			
											घर नं.:																			
(घ)	जन्म मिति :					उमेर :					लिङ्ग					उचाई :					वजन :									
(ङ)	राष्ट्रियता :					हालको स्वास्थ्य स्थिति :					प्रस्तावक र बीमित बीचको नाता:																			
(च)	बीमा चाहने व्यक्तिको परिचयात्मक चिन्ह 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 रकम:									

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

(क)	खातावालाको नाम:																			
(ख)	बैंक खाताको किसिम: बचत खाता/चल्ला खाता																			
(ग)	बैंक खाता नम्बर:																			
(घ)	सम्भव भए बैंक खाता नं.को प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्:																			
	तपाईंको खाता भएको बैंकको नाम र ठेगाना:																			

व्यक्तिगत विवरण

१	जीवन बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको	उचाई:	फिट:	इन्च:	वजन:	(के.जी.)
२	के तपाईं धूमपान गर्नुहुन्छ ☐ गर्छु ☐ गर्दिन	के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ☐ गर्छु ☐ गर्दिन				
३	तपाईं हाल लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थियो ? ☐ गर्छु ☐ 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						
बच्चाहरू						

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 नाक, कान, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
८. के तपाईंलाई फोक्सोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
९. के तपाईंलाई मस्तिष्क, स्नायु प्रणाली, छाला (चर्म) र स्वासप्रस्वास सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
१०. के तपाईंले एक्सरे (X-Ray), ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG), भिडियो एक्सरे (Ultrasound) तथा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गराउनु भएको छ ?
११. 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, अयोटा 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 ।
१२. के तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।
१३. 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 ।

१४. बीमित विवाहित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :

(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? ☐ छ ☐ छैन	यदि भए गर्भ कति महिनाको भयो ?
(ख)	गर्भ पतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसुति भएको छ ? ☐ छ ☐ छैन	
(ग)	पछिल्लो पटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् । ☐ छ ☐ छैन	

उद्घोषण/अख्तियार/अधिकार पत्र

माथि उल्लेखित सम्पूर्ण विवरण तथा तथ्यहरू सत्य र पूर्ण छन् । सोधिएका कुनै पनि विवरण लुकाएको छैन । पेश गरिएको विवरणहरू लुकाएको वा झुठो ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुला बुझ्नेछु ।

साथै, सम्पत्ति शुद्धीकरण तथा आतङ्कवादी क्रियाकलापमा वितीय लगानी निवारण सम्बन्धी प्रचलित ऐन, नियम तथा निर्देशन अनुसार मेरो (बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको) आर्थिक, प्रशासनिक तथा अपराधिक पृष्ठभूमी अनुसन्धान गर्न तपाईं हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई यो अधिकारपत्र/अख्तियारी प्रदान गर्दछु ।

मिति:
 ठेगाना: प्रस्तावकको दस्तखत साक्षीको दस्तखत जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत

अभिकर्ताको प्रतिवेदन

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 ।

घोषणा गर्ने अभिकर्ताको नाम, थर:

ठेगाना/स्थान: 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)

१. प्रस्तावकको पुरा नाम थर:

ना.प्र.नं.

जन्म मिति:साल

महिना

गते

२. बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम थर (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा):

ना.प्र.नं.

जन्म मिति:साल

महिना

गते

३. ठेगाना तथा सम्पर्क नं.:

स्थायी ठेगाना : प्रदेश:		जिल्ला:	
म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:	वडा नं.:	टोल:	घर नं.:
मोबाइल नं.	इमेल:		
अस्थायी ठेगाना : प्रदेश:		जिल्ला:	
म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:	वडा नं.:	टोल:	घर नं.:
मोबाइल नं.	इमेल:		
बीमा चाहने व्यक्तिको बाबु/आमाको नाम:	ना.प्र.नं.	जारी भएको जिल्ला:	
बीमा चाहने व्यक्तिको हजुरबुवाको नाम:	ना.प्र.नं.	जारी भएको जिल्ला:	
बीमा चाहने व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम:	ना.प्र.नं.	जारी भएको जिल्ला:	
घर बहाल/भाडामा बसेको भए घरधनीको नाम तथा सम्पर्क नं.:			

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

यदि हुनुहुन्छ भने विवरण उल्लेख गर्नुहोस्।

राजनीतिक

☐

कर्मचारी

☐

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।

ग्राहकको बासस्थानसम्म (नजिकको मुलबाटोबाट) 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 सौचो हुन्। प्रचलित सम्पत्ति शुद्धिकरण ऐन बमोजिम म/हामी सम्बन्धी कुनै पनि जानकारीहरू प्रदान गर्न अख्तियार/अधिकारपत्र 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/CFT सम्बन्धमा:

नाम:

पद:

हस्ताक्षर:

अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए: