

कम्पनी दर्ता नं. १३७७४०/०७२/०७३



बीमक दर्ता नं. १९/०७५

रजिस्टर्ड कार्यालय – पुतलिसडक, काठमाण्डौं।

(कम्पनी ऐन, २०६३ बमोजिम दर्ता भई बीमा ऐन, २०४९ अनुसार जीवन बीमा व्यवसाय गर्ने इजाजतप्राप्त)

## व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

शाखा कार्यालय

प्रस्ताव नं

(कृपया सबै प्रश्नको उत्तर सफा तथा स्पष्टसँग लेख्नुहोस्। कुनै केरमेट वा थपघट भएमा सो स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस्।)

१	क. प्रस्तावकको पुरा नाम थर	क.	
	ख. प्रस्तावित बीमितको पुरा नाम थर	ख.	

(प्रस्तावक र प्रस्तावित बीमित फरक व्यक्ति भएमा)

२	शारिरिक बनौट :	प्रस्तावक	प्रस्तावित बीमित
		क. तपाईंको उचाई कति छ ?	..... फिट ..... इन्च
		ख. तपाईंको वजन कति छ ?	..... केजी/पाउण्ड

३	क. तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? गर्नु हुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिम र कति परिमाण? ख. तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ? गर्नु हुन्छ भने कति वर्ष अगाडि देखि र हरेक दिन कति परिमाण? ग. तपाईं लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा कहिल्यै गर्नु भएको थियो ?		

४	परिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक	
		प्रस्तावकको	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	मृत्यु हुँदाको उमेर
	माता				
	पिता				
	दाजु/भाई				
	दिदी/बहिनी				
	पति/पत्नी				
	बच्चाहरू				

**प्रस्तावित बीमितको**

माता					
पिता					
दाजु/भाई					
दिदी/बहिनी					
पति/पत्नी					
बच्चाहरू					

५	क. तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, वाथ, गाउट, दम, Bronchial Asthma, क्षयरोग, क्यान्सर, कुष्ठरोग, मधुमेह, हेमोफेलिया, Sickle Cell, Thalessemia वा अन्य पुर्खोली रोगबाट पीडित हुनुभएको छ ?	प्रस्तावक	प्रस्तावित बीमित
	ख. तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अन्य सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको छ? यदि छ भने सोको मिति, अवधि, अक्सर औषधो उपचार गर्ने डाक्टरको नाम थर, ठेगाना र अस्पताल समेतको विवरण दिनुहोस्।		

६	<p>तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको छ वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?</p> <p>क. चक्ररातुनु वा रिंगटा लान्तु, मुर्छा पर्नु, Neurasthenia, Neuralgia, पक्षघात, पागलपन भएका कारण बाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धि रोग ।</p> <p>ख. एक नासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, Pluerisy, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धि रोग ।</p> <p>ग. मुर्छा हुने, छाति दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धि रोग वा उच्च रक्तचाप ।</p> <p>घ. Tropical Sprue, Celiac Sprue, कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, ऐपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै, पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धि रोग ।</p> <p>ड. कुनै चर्म सम्बन्धि रोग ।</p> <p>च. हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।</p> <p>छ. मृगौला, मुत्रस्थली बिग्रेको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।</p> <p>ज. क्यान्सर वा अन्य प्राणघातक रोग</p> <p>झ. कान, नाक, धोटी वा औँखा सम्बन्धि रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) । कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदिबग्ने भए हाल कहिले थाहा भयो ?</p> <p>ज. पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनि वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?</p> <p>ट. कुनै शल्यक्रिया, दुर्घटना वा सख्त घाईते, चोटपटक, कुनै अङ्गभङ्ग भएको वा काटि फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको रोगको कारणले अस्पतालमा भनी भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो कि ?</p>	<p>प्रस्तावक</p> <p>क ..... ख ..... ग ..... घ ..... ड ..... च ..... छ ..... ज ..... झ ..... ज ..... ट .....</p> <p>प्रस्तावित बीमित</p> <p>क ..... ख ..... ग ..... घ ..... ड ..... च ..... छ ..... ज ..... झ ..... ज ..... ट .....</p>
७	<p>तपाईंले HIV सम्बन्धि कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धि रगत जाँच गराउनु भएको छ?</p>	
<p>यदि माथि उल्लेखित प्रश्न नं ५, ६, ७ हरु मध्ये कुनै प्रश्नको उत्तर 'छ' भएमा विवरण दिनुहोस् ।</p>		
८	<p>क. के तपाईं अहिले पुर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ र यस अधिको बिमारी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भै सक्नु भएको छ?</p> <p>ख. अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ् होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।</p> <p>ग. तपाईंले विगत पाँच वर्ष भित्र कुनै बिमारी वा चोटपटकको सन्दर्भमा कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धि सल्लाह लिनु भएको छ? छ भने तल विवरण दिनुहोस् ।</p>	<p>क ..... ख ..... ग .....</p> <p>क ..... ख ..... ग .....</p>
९	<p>महिला बीमा प्रस्तावकको लागि मात्र:</p> <p>क. के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने पुर्ण विवरण दिनुहोस् ।</p> <p>ख. तपाईंको सबैभन्दा पछि प्रसुती भएको मिति तथा स्थान</p> <p>ग. तपाईंको कहिल्यै गर्म पतन वा अन्य असामान्य किसिमका प्रसुती भएको वा गरिएको भए खुलाउनुहोस्।</p> <p>घ. पछिल्लो महिनावारी मिति</p>	<p>क .....</p> <p>ख .....</p> <p>ग .....</p> <p>घ .....</p>

#### उद्घोषण

म सच्चा हृदयले उद्घोष गर्दछु कि उपरोक्त विवरण तथा प्रश्नका उत्तरहरू सत्य तथा पुर्ण छन् र मेरो/प्रस्तावित बीमितको जीवन बीमा सम्बन्धि जोखिमको मुत्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले लुकाएको/छिपाएको छैन । साथै, मलाई/प्रस्तावित बीमितलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसँग कुनै पनि समय मेरो/प्रस्तावित बीमितको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्ने महालक्ष्मी लाईफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडले मेरो/प्रस्तावित बीमितको बारेमा सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो/प्रस्तावित बीमितको मन्जुरी छ र यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन बर्जित गर्ने कानून वा रीतिरिवाज आधार लिईँ कुनै उजुरी गर्ने छैन ।

मिति :

स्थान :

प्रस्तावित बीमितको  
औंठाछाप

दायाँ

वायाँ

दस्तखत	दस्तखत	दस्तखत
जीवन बीमा प्रस्तावकको	नाम	नाम
दस्तखत	नाम	नाम
नाम	नाम	नाम