

प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स

कम्पनी दर्ता नं. १००३/०६३/०६४
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

बीमा गर्न चाहने (बीमित) को विवरण

१	क) पूरा नाम, थर :	क)			
	ख) ठेगाना :	ख)			
२	क) तपाईंको उचाई कति छ ?	क)	फिट	इन्च	
	ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	ख)		के.जि.	
३	क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ?	क)	गर्छु / गर्दिन		
	ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ?	ख)	गर्छु / गर्दिन		
	ग) तपाईं हाल लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थियो ? (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।)	ग)		
४	पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक	
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण
	माता				
	पिता				
	दाजु/भाई				
	दिदी/वहिनी				
	पति/पत्नी				
	बच्चाहरू				
५	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारै रोग, वात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए सो को विवरण दिनुहोस् ।	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)		

प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कं. लि.

प्रधान कार्यालय : पो.ब.नं. २५९७९ हात्तीसार, काठमाडौं, नेपाल, फोन: ९७७-०१-४४४१७७८/४४४१६६४/४४४१४१४, फ्याक्स: ९७७-०१-४४४१४३६
ई-मेल: info@primelifenepal.com, वेबसाइट: www.primelifenepal.com

६	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ? क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिटस, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, फ्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	ख)
	ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप	ग)
	घ) कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	घ)
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	ङ)
	च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।	च)
	छ) मृगौला वा मूत्रस्थली विग्रको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।	छ)
	ज) क्यान्सर वा कुष्ठरोग ।	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)
	ञ) औलो, सन्ध्यापात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	ञ)
	ट) विफर	ट)
	ठ) पिसावमा कहिले रगत पिप चिनी वा अल्युमिन देखिएको थियो ?	ठ)
	ड) कहिले एक्सरे इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?	ड)
	ढ) 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 ?	ढ)
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 सम्बन्धि विवरण

क) पुरा नाम, थर	क)
ख) ठेगाना	ख)
ग) प्रस्ताव र बीमित बीच सम्बन्ध	ग)

उद्घोषण

उल्लिखित उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो 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 प्राइम लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ, भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु ।

मेरो यो स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागि संलग्न प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरूको उत्तर मेरो र प्राइम लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच भएको करारको आधार हुनेछ ।

मिति

ठेगाना

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने ब्यक्तिको
दस्तखत