



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 गर्नुहोस ।

बीमा कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के 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 दिनुहोस ।

--

७. 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)

८. 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 :		प्रस्तावक र बीमित बीचको नाता :		
(च)	यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बच्चाको बीमा गर्नु भएको भए, विवरण दिनुहोस्					
	कम्पनीको नाम :	बीमालेख नं.:		बीमाङ्क :		

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

(क)	खातावालाको नाम :
(ख)	बैंक खाताको किसिम : बचत खाता / चली 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		
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 । .....				

४. पारिवारिक विवरण

नाता विवरण	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 तपाईंले एक्सरे (X-Ray), इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG), भिडियो एक्सरे (Ultrasound) तथा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गराउनु भएको छ ? .....
१०. के तपाईंले बीमालेख प्रस्ताव गर्नु पूर्व क्यान्सर, हृदयघात, कोरोनारी आर्टरी वाइपास ग्राफ्ट, मुटुका भ्रम मर्मत/प्रतिस्थान, कोमा, मृगौला फेलियर, स्ट्रोक, महत्वपूर्ण अंगको प्रत्यारोपण, पक्षघात, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, प्राइमरी पल्मनरी आर्टरियल 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 ।  
.....  
.....
११. 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 ।  
.....  
.....

१२. **बीमित 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 प्रसुति भएको छ ?	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	.....
(ग)	पछिल्लो पटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	.....

म यो घोषणा गर्दछु, कि, माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरू मैले जाने बुझिसम्म सत्य रहेका छन् । यदि माथि उल्लेखित विवरणहरू झुठ्ठा ठहरिएमा यो गलत विवरण बुझाएर बीमकलाई झुक्याएको ठहरिएमा यो करार रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा जानकार भई सहमति जनाउँदछु ।

हस्ताक्षर

### उद्घोषणा

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणमा भएका प्रश्नको 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 उद्घोषणा गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र **प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कं. लि.** बीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । यो प्रस्ताव, उद्घोषणा र स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र **प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कं. लि.** बीच 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 **प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कं. लि.** ले सोधपूछ 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

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 बुझिसम्म सत्य तथ्य रहेको उद्घोषणा गर्दछु ।

स्थान :

घोषणा गर्ने अभिकर्ताको नाम, थर :

ठेगाना : मोबाइल नं. ....

अभिकर्ता कोड नं.: हस्ताक्षर .....

दायाँ	बायाँ
-------	-------

(निरक्षर भएमा)

# ग्राहक पहिचान फारम (Know Your Customer\_KYC)

(सम्पत्ति शुद्धिकरण ऐन २०६९ 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.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:			वडा नं.:
अस्थायी ठेगाना :	प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :
म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:			

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको आय श्रोत नोकरी भएमा :

कार्यालयको नाम, ठेगाना	पद	फोन/मोबाइल नं	ईमेल ठेगाना
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 पर्ने छ ।			
वार्षिक आम्दानी/कारोबार तथा आयको श्रोत :			
अभिकर्ताको नाम ठेगाना तथा फोन नं.:			
अन्य केही उल्लेख गर्नु पर्ने भए :			

ग्राहकको बासस्थानसम्म नजिकको मुल बाटो बाट पुग्न सकिने नक्सा

  
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 २०६९ बमोजिम म/हामी सम्बन्धी कुनै पनि जानकारीहरू प्रदान गर्न अख्तियार दिन्छु/दिन्छौं र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रितिरीवाजको 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 :

प्राइम लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प्रधान कार्यालय: पो.ब.नं.: २५९७९ हात्तीसार, काठमाडौं, नेपाल फोन: ९७७-०१-४४४९४९४ फ्याक्स: ९७७-०१-४४४९४३६  
ई-मेल: info@primelifenepal.com वेबसाइट: www.primelifenepal.com

पृष्ठ नं. ४/४