



सूर्या लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प.लि.नं. १००६/०६३/०६४

(कम्पनी ऐन २०५२ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

रजिस्टर्ड कार्यालय: विराटनगर-९, मोरङ

केन्द्रीय कार्यालय: पो.ब.नं. १५१२१, गैरीधारा, नक्साल, काठमाडौं

FN 001B

सूर्या सामूहिक एक वर्षिय म्यादी/ सावधिक जीवन बीमा योजनाको प्रस्ताव फारम

श्री संस्थाको बीमा योग्य सदस्यहरुको लागि सूर्या सामूहिक एक वर्षिय म्यादी/सावधिक जीवन बीमा योजनामा सरिक हुने मुल प्रस्ताव फाराम ।

१) प्रस्तावकको नाम:

२) ठेगाना:

३) व्यवसायको प्रकृती :

४) (क) यो योजना संस्थाद्वारा संचालित हो ?

(ख) यो योजनालाई भनेर भनिने छ ।

५) बीमा योजना प्रारम्भ मिति:

६) सदस्यको संख्या:

७) सदस्य यस योजनाबाट बाहिरिने उमेर : वर्ष

८) के यस्तो योजना पहिले कुनै बीमा कम्पनीमा प्रस्ताव गरिएको छ ? छ भने खुलाउनुहोस् ।

९) दुर्घटना सुविधा लिने भए उल्लेख गर्नुहोस् ।

१०) तपाईं (हस्ताक्षरी) ले प्रस्तावित बीमा योजनाको शर्त तथा बन्देज बुझ्नु भएको छ ? वा छैन ?

११) बीमा शुल्क भुक्तानी तरिका: वार्षिक

उद्घोषण

हामी को तर्फबाट माथि उल्लेख गरिएको सम्पूर्ण बुँदाहरूमा केन्द्रित रही यो उद्घोषण गर्दछौं कि सूर्या लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडद्वारा जारी गरिने “सूर्या सामूहिक एक वर्षिय म्यादी जीवन बीमा योजना” मा सरिक हुनको लागि आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण कागजातहरू सहित योजनाको शर्त तथा बन्देज अन्तर्गत रहने गरी तोकिएको प्रक्रिया पुऱ्याई हाम्रो नाममा सामूहिक बीमालेख जारी गर्न अनुरोध गर्दछौं ।

हामीले यस संस्थासँग सम्बद्ध यस बीमा योजनाको लागि आवश्यक कागजात तथा प्रतिवेदन संलग्न गरी समावेश गरेका छौं । हामी यो मञ्जुर गर्दछौं कि यस सँग सम्बन्धित सम्पूर्ण अभिलेखहरू अद्यावधिक राखि तोकिएको समयवाधि भित्र कम्पनीले निर्धारण गरेको एकमुष्ट बीमाशुल्क भुक्तानी गर्नेछौं ।

साक्षीको नाम:-

प्रस्तावक संस्थाको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने:-

हस्ताक्षर:-

पदाधिकारीको नाम:-

ठेगाना:-

हस्ताक्षर:-

छाप:-

मिति: साल महिना गते



SURYA LIFE

शाखा कार्यालय :

सूर्या लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प.लि.नं. १००६/०६३/०६४

(कम्पनी ऐन २०५३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

रजिस्टर्ड कार्यालय: विराटनगर-९, मोरङ

केन्द्रीय कार्यालय: पो.ब.नं. १५१२१, गैरीधारा, नक्साल, काठमाडौं

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धि विवरण

बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने

(कृपया सफासँग लेख्नुहोस्, कुनै केरमेट वा थपघट भएमा सो स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस् ।)

प्रस्ताव नं.:

FN 002 B

फोटो

१.	(क) प्रस्तावकको पूरा नाम, थर :	क)			
	(ख) बीमा चाहने व्यक्तिको पूरा नाम थर : (प्रस्तावक र बीमा गर्ने व्यक्ति फरक भएमा)	ख)			
२.	(क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको उचाई कति छ ?	क) फिट इन्च			
	(ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	ख) के.जि/पाउण्ड			
३.	(क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति मदिरापान गर्नुहुन्छ ?	क) गर्छु/गर्दिन			
	(ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति धुम्रपान गर्नुहुन्छ ?	ख) गर्छु/गर्दिन			
	(ग) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?	ग) गर्छु/गर्दिन गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिम र कति परिमाण			
४.	पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक	
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण
	माता				
	पिता				
	दाजु/भाइ				
	दिदी/बहिनी				
	पति/पत्नी				
	बच्चाहरु				
५.	के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ?	छु/छैन			
६.	क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफोिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए सो को विवरण दिनुहोस् ।	क) छ/छैन			
	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) छ/छैन			

७.	<p>तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?</p> <p>क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।</p> <p>ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, फ्लुरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।</p> <p>ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप</p> <p>घ) स्पु/कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।</p> <p>ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।</p> <p>च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।</p> <p>छ) मृगौला वा मूत्रस्थली बिग्रोको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।</p> <p>ज) क्यान्सर वा कुष्ठरोग ।</p> <p>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 ?</p> <p>ञ) औलो, सन्यपात (टाइफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर फिलेरीयासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।</p> <p>ट) विफर</p> <p>ठ) पिसावमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?</p> <p>ड) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?</p> <p>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 ?</p>	<p>क) छ/छैन</p> <p>ख) छ/छैन</p> <p>ग) छ/छैन</p> <p>घ) छ/छैन</p> <p>ङ) छ/छैन</p> <p>च) छ/छैन</p> <p>छ) छ/छैन</p> <p>ज) छ/छैन</p> <p>झ) छ/छैन</p> <p>ञ) छ/छैन</p> <p>ट) छ/छैन</p> <p>ठ) छ/छैन</p> <p>ड) छ/छैन</p> <p>ढ) छ/छैन</p>
----	---	---

८.	<p>महिला भए मात्र भनुपर्ने: के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ?</p> <p>पछिल्लो पटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।</p>	
----	--	--

९.	<p>तपाईंको एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।</p>	
----	--	--

१०.	<p>इच्छाईएको व्यक्तिको नाम थर :</p> <p>इच्छाईएको व्यक्तिको ठेगाना :</p> <p>बीमित र इच्छाईएको व्यक्ति बिचको नाता:</p>	
-----	--	--

११.	<p>तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि बीमा गर्नुभएको छ ? छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।</p>	
-----	---	--

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

१२.	<p>पेशा वा व्यवसाय सम्बन्धि विवरण:</p> <p>सबै श्रोतबाट हुने सालाखाला मासिक आय: रु.</p> <p>पेशा वा व्यवसायको प्रकृति:.....</p>	
-----	--	--

उद्घोषण

उपरोक्त प्रश्नहरूको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए-छिपाएको छैन भनी म सच्चा हृदयले उद्घोषण गर्दछु ।

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

मिति	साक्षी	जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
ठेगाना	(यदि प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)	(यदि प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति फरक भएमा)	नाम हस्ताक्षर