



सूर्या लाइफ इन्श्योरेंस कम्पनी लिमिटेड

FN 002 B

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, सानो गौचरन, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं

फोटो

शाखा कार्यालय :

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धि विवरण

बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने

प्रस्ताव नं.:

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

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 धूम्रपान 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	मृत्यु भएको साल
	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, बात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्र्रौली 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.	तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ? क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुख्या पनु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग । ख) एकनासले खोम्ने, दम, न्युमोनिया, फ्यूरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग । ग) मुख्या हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप घ) स्पु/कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउं, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग । ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग । च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिने रोग । छ) मृगीला वा मूत्रस्थली विग्रको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग । ज) क्यान्सर वा कुष्ठरोग । 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 ? ञ) औलो, सन्यपात (टाइफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर फिलेरीयासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो । ट) विफर ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्युमिन देखिएको थियो ? ड) कहिले एक्सरे इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ? 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 ?	क) छ/छैन ख) छ/छैन ग) छ/छैन घ) छ/छैन ङ) छ/छैन च) छ/छैन छ) छ/छैन ज) छ/छैन झ) छ/छैन ञ) छ/छैन ट) छ/छैन ठ) छ/छैन ड) छ/छैन ढ) छ/छैन					
८.	महिला भए मात्र भनुपर्ने: के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? पछिल्लो पटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।						
९.	तपाईंको एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।						
१०.	इच्छाएको व्यक्तिको नाम थर : इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना : बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बिचको नाता:						
११.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अधि बीमा गर्नुभएको छ ? छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।						
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाइ	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति चालु वा व्यतित
१२.	पेशा वा व्यवसाय सम्बन्धि विवरण: सर्वे श्रोतबाट हुने सालाखाला मासिक आय: रु.	पेशा वा व्यवसायको प्रकृति:.....					

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 :

ठेगाना :

साक्षी
(यदि प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(यदि प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको नाम हस्ताक्षर



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

FN 001B

सूर्या सामुहिक एक वर्षिय म्यादी/सावधिक जीवन बीमा योजनाको प्रस्ताव फाराम

श्री संस्थाको बीमा योग्य सदस्यहरुको लागि सूर्या सामुहिक 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 बुँदाहरुमा 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 कागजातहरु 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 अभिलेखहरु 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



सूर्या लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड Surya Life Insurance Co. Ltd.

पो.ब.नं: १५१२१, चार्टर्ड टावर चौथो तल्ला, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं
फोन नं: ०१ ४४२३७४३ फ्याक्स: ४४१९५६४
इमेल: info@suryalife.com वेब: www.suryalife.com

फोटो

ग्राहक पहिचान फाराम

सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनि लाउण्डरिङ्ग) निवारण ऐन, २०४६ बमोजिम पेश गर्नुपर्ने विवरण बारे वित्तीय जानकारी एकाईबाट जारी निर्देशन अनुसार बीमा प्रस्तावको साथमा उपलब्ध गराएको विवरण तथा कागजातको आधारमा तयार गरिएको

शाखा: प्रस्ताव नं.: मिति:

पुरा नाम, थर: श्रीमान/श्रीमती/सुश्री/नाबालक:

पुरा नाम, थर (In English: Capital Letter):

पिता/पतिको नाम: जन्म मिति:

नागरिकता/पासपोर्ट नं.: जारी मिति: जारी जिल्ला:

स्थायी ठेगाना:

अस्थायी/हालको ठेगाना:

टेलिफोन नं.: इ-मेल:

पेशा, व्यवसाय: वार्षिक आमदानी/कारोबार:

(पेशा, व्यवसाय र कार्यालको नाम, कार्यक्षेत्र, नेपाल सरकार वा सरकारी स्वामित्वको निकायमा कार्यरत कर्मचारी भए परिचय पत्रको प्रतिलिपी संगगन)

स्थायी लेखा नं. भए सो नम्बर:

बीमालेख नं.:

बैंकको नाम (खाता भएको): शाखा:

बैंक खाता नं.:

ग्राहकको वर्तमान वासस्थानको नक्सा:

स्वघोषणा:
म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौ कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरु सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरुको बारेमा पूर्ण जानकारी छौ र उक्त निर्देशनहरु पूर्ण रूपमा पालना गर्न स्वीकार गर्दछु/गर्दछौ । बीमा सम्बन्धी हाल सम्म भएका र पछि परिवर्तन हुने नियम तथा शर्तहरु पालना गर्न समेत स्वीकार गर्दछु/गर्दछौ । सो नियमहरु पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तेस्रो पक्षलाई कुनै नोक्सान पुग्न गएमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपूर्ति गर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौ ।

मिति:.....

ग्राहकको हस्ताक्षर

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

रुजु गर्ने:

नाम:

पद:

मिति:

हस्ताक्षर: