

एशियन लाईफ इन्स्योरेन्स कं. लि.

कम्पनी ऐन २०६३ (दस्ता नं १०३२/०६४/६५) र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित
 प्रधान कार्यालय - एशियन लाईफ भवन, मैतिदेवी, काठमाडौं, पो.ब.नं. २५९४३

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

बीमा गर्न चाहने (बीमित) को विवरण						
१	क) पूरा नाम, थर : ख) ठेगाना :	क) ख)				
२	क) तपाईंको उचाई कति छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	क) फिट इन्च ख) केजी				
३	क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ? ग) तपाईं लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ?	क) ख) ग) यदि गर्नु हुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ?				
४	पारिवारिक इतिहास	जीवित	मृतक			
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर मृत्युको समयमा	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
	माता पिता दाजु/भाई दिदी/बहिनी पति/पत्नी बच्चाहरू					
५	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे 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 साथ 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)	

६	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ? क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्यूरिसी, 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 विघ्नेको, 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, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	ञ)
	ट) विफर	ट)
	ठ) पिसावमा कहिले रगत पिप चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ठ)
	ड) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?	ड)
	ढ) कुनै शल्यक्रिया दुर्घटना वा सख्त घाईते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेतमाथि 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)

उद्घोषण

उल्लेखित उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको जीवन बीमासम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए-छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु ।

मेरो यो स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागि संलग्न प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरूको उत्तर मेरो र एशियन 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