

एशियन लाईफ इन्स्योरेन्स कं. लि.

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

फोटो

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

शाखा कार्यालय :

अभिकर्ताको नाम : अभिकर्ता कोड नं.

बीमा गर्न चाहने व्यक्ति (बीमित) सम्बन्धि विवरण	
१.	
क) नाम, थर :	नागरिकता नं./पासपोर्ट नं.
ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER	
ग) स्थायी ठेगाना :	प्रदेश नं. : जिल्ला : न.पा./गा.पा. : वडा नं. : फोन नं. : ईमेल :
घ) जन्म मिति :	उमेर : उमेर सम्बन्धि प्रमाण : लिङ्ग :
ङ) राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता : स्थायी लेखा नं. :
च) पेशा तथा आयश्रोतको विवरण/परिचय पत्रको फोटोकपी पेश गर्नुपर्ने (जागिरदार भए कार्यालयको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)	
छ) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय : रु.	
ज) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको पिता/माता/पतिको नाम, थर :	

२ जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस्:

क) बीमा योजनाको किसिम	
ख) बीमा अवधि वर्ष ग) बीमा शुल्क भुक्तानी अवधि वर्ष
घ) बीमाङ्क	अंकमा अक्षरमा
ङ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	
च) तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) लिन चाहनुहुन्छ ?	
छ) तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ र पूर्ण अंगभंग (PTD) लाभ तथा बीमाशुल्क छुट (PWB) सुविधा लिन चाहनुहुन्छ ?	
ज) तपाईं एशियन क्रिटिकल केयर (CI Rider) सुविधा लिन चाहनुहुन्छ ?	

<p>३. बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०४९ को दफा ३८ बमोजिम बीमितको आश्रितहरुलाई भुक्तानी गरिनेछ ।</p>	<p>इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर : इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना : इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम : बीमित र इच्छाएको व्यक्तिको बीचको नाता :</p>
--	--

४. बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?

क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना	
ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने	
ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने	

५. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस बीमक वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को देहाए बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।						
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 दिनुहोस् ।						
७. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को अभिभावकको/श्रीमान्को/श्रीमतीको जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् ।						
जीवन बीमा गरिएको व्यक्ति	कम्पनीको नाम	प्रस्ताव/बीमालेख नं	बीमा योजना	बीमाङ्क	हालको स्थिति (चालु वा व्यक्तित)	
८. बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य विवरण:						
क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको बिरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नुभएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।						
ख) अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।						
ग) तपाईं विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?						
बीमित विवाहित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :						
क) के तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस्						
ख) पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।						
ग) गर्भ पतन वा अन्य किसिमको असामान्य किसिमको प्रसूति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस् ।						
प्रस्तावक र बीमित फरक भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण (नाबालकको बीमामा मात्र लागु हुने)						
क) प्रस्तावकको नाम, थर :						
ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER						
ग) स्थायी ठेगाना : प्रदेश नं. : जिल्ला : न.पा./गा.वि.स.:						
वडा नं. : फोन नं. : ईमेल :						
घ) जन्म मिति : उमेर : लिङ्ग :						
ङ) राष्ट्रियता : शैक्षिक योग्यता : स्वास्थ्य स्थिति : नागरिकता नं.						
च) पेशा तथा आयश्रोतको विवरण : (प्रस्तावक जागिरदार भए कार्यालयको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)						
छ) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय : रु.						
ज) प्रस्तावक र बीमितको नाता :						
झ) के तपाईं बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनुहुन्छ ?						
ञ) के तपाईं मासिक शैक्षिक/आय सुविधा (MEB/MIB) एवं बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनुहुन्छ ?						
ट) के तपाईं एशियन क्रिटिकल केयर (CI Rider) सुविधा लिन चाहनुहुन्छ ?						
कैफियत स्थायी लेखा नं.						
अस्थायी पत्राचार ठेगाना :						

उद्घोषण

उल्लेखित प्रश्नहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए-छिपाएको छैन भनी म सच्चा हृदयले उद्घोषण गर्दछु ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा संलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र एशियन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरी टिकट टाँसेको प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि मेरो/जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा लागु हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मन्जुरी छ ।

कुनै पनि समयमा मलाई/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्था सँग मेरो/जीवन बीमा गर्नेको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग एशियन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको बारेमा सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको मन्जुरी छ । म/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले 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 गर्नेछैन ।

मिति
स्थान

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

.....
जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
दस्तखत