

## एशियन लाईफ इन्स्युरेन्स कं. लि.

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

### व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

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

शाखा :

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम/थर	नागरिकता नं. वा पासपोर्ट नं.	पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/>	जन्म मिति :	उमेर :	अभिकर्ताको नाम:  कोड नं:
पेशा :	लिन चाहेको बीमाङ्क रकम: यो भन्दा पहिलेको बीमाङ्क रकम	व्यक्तिगत वा नियमित स्वास्थ्य परिक्षण गरिने चिकित्सकको नाम, ठेगाना:			हाल कुनै औषधी सेवन गरी रहनु भएको छ ? छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> यदि छ भने सो को विवरण:
तपाईं बीमा चाहने व्यक्तिको उचाई :.....फिट.....इन्च तपाईं बीमा चाहने व्यक्तिको तौल :.....के.जी पछिल्लो स्वास्थ्य परामर्श लिएको मिति :		स्वास्थ्य परामर्शको कारण :			
परामर्श सेवा लिएको चिकित्सकको नाम :		तपाईंले कहिल्यै मनोचिकित्सक (PSYCHIATRIST) सँग परामर्श लिनु भएको छ ? छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> यदि छ भने सो को विवरण र मिति उल्लेख गर्नुहोस्।			
१. तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनि बताइएको थियो ?		छ	छैन	यदि छ भने सम्बन्धित प्रश्नमा चिन्ह लगाउनु होस्। कुन मितिमा के रोग लागेको थियो ? कुन चिकित्सकलाई कुन ठाउँमा देखाइएको थियो ? र के औषधी उपचार गरिएको थियो ? विवरण दिनुहोस्।	
क) छारे रोग (मिर्गी), बेहोस हुने, डराउने वा मानसिक रोग, भ्रमभ्रम गर्ने, पोल्ने, नशा सम्बन्धी रोग, खुट्टा नचल्ने, कमजोर हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु सम्बन्धी अन्य कुनै रोग भएको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ख) चक्कर लाग्ने, बेहोस हुने, श्वास फुल्ने वा श्वास फेर्न गाह्रो हुने, छाति दुख्ने, दम बढ्ने, उच्च रक्तचाप, ढुक्ढुकी बढ्ने, मुटु, रगत वा रक्त नली सम्बन्धी कुनै रोग भएको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ग) खकारमा रगत, रगत छाद्ने, क्षयरोग, एलर्जी दम (Asthama), खोकी लागि रहने, छाति दुख्ने वा श्वास प्रश्वास, फोक्सो सम्बन्धी कुनै रोग भएको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
घ) अपच, पेट, आन्द्रामा घाउ (Ulcer), गानो जाने, कलेजो, पित्त थैली, पेट, तथा आन्द्रा सम्बन्धी रोग भएको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ङ) पिसाबमा चिनी/प्रोटिन/ढुङ्गा, सरुवा रोग, महिनावारी गडबडी, मृगौला, प्रोस्टेट, पिसाब थैली वा भित्रि अंग सम्बन्धी रोग।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
च) मधुमेह, गलगाँड, वा अन्य किसिमको रोग वा असामान्य किसिमको थाइराइड वा अन्य इण्डोक्राइन (Endocrine)।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
छ) आँखा, नाक, कान, घाँटी, नाकबाट रगत बग्ने समेत कुनै रोग भएको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ज) क्यान्सर, ट्युमर, सिस्ट वा अन्य कुनै अनावश्यक अंग बढेको भए।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
झ) जण्डिस/कमल पित्त वा अन्य कुनै कलेजो सम्बन्धी रोग र पहिला भएर ठीक भएको भए।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ञ) मलेरिया, आउँ रगत, हैजा वा अन्य कुनै सरुवा रोग।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ट) बाथ रोग, बाथ ज्वरो, हाडजोर्नी दुख्ने सुन्निने, युरिक एसिड, युरिक एसिड बढेर गाँठागुँठी आउने, मेरुदण्ड सम्बन्धी रोग, मेरुदण्ड सरेको, मांशपेशी सम्बन्धी रोग, शरीरमा अनावश्यक गाँठागुँठी बढेको वा छाला सम्बन्धी रोग लागेको।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
२. के तपाईंले कहिल्यै एड्स (AIDS) वा एड्स सम्बन्धी कुनै स्वास्थ्य सल्लाह परामर्श वा उपचार सेवा लिनुभएको छ वा तपाईंलाई यस्तो भएको थियो भनेर बताइएको छ वा एचआइभी (HIV) परिक्षण गर्नुभएको छ (छ भने नतिजा उल्लेख गर्नुहोस्) वा विगत ३ (तीन) महिनामा एक हप्ता भन्दा बढी निरन्तर थकान महशुस, तौल घट्ने वा भाडापखाला जस्ता लक्षण देखा परेको भएमा विवरण दिनुहोस्।					

३.	विगत पाँच वर्ष यता तलका मध्ये कुनै एक परिक्षण गराउनुभएको छ ?	छ	छैन	यदि छ भने सम्बन्धित प्रश्नमा चिन्ह लगाउनु होस् । कुन मितिमा के रोग लागेको थियो ? कुन चिकित्सकलाई कुन ठाउँमा देखाइएको थियो ? र के औषधी उपचार गरिएको थियो ? विवरण दिनुहोस् ।																																																
क)	एक्सरे, म्यामोग्राफी, बायोप्सी, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, सिटि स्क्यान, इको वा अल्ट्रा साउण्ड, रगत वा पिसाब परिक्षण वा यस्तै अन्य कुनै परिक्षण ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ख)	विरामीपना घाइते, शल्यकृया, स्वास्थ्य परामर्श, उपचार वा माथि उल्लेख नगरिएका कुनै स्वास्थ्य जाँच ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
४.	क) के तपाईं धुमपान गर्नु हुन्छ ? यदि गर्नु हुन्छ भने कसरी र कति समयमा कति मात्रामा गर्नु हुन्छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ख)	मध्यपान (जाँड, रक्सी, वाइन सेवन गर्नु हुन्छ ? यदि गर्नु हुन्छ भने (कसरी कति मात्रा ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ग)	आज भन्दा पहिले कुनै समय अत्यधिक मध्यपान गर्नु हुन्थ्यो ? गर्नु हुन्थ्यो भने विवरण ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
घ)	कहिल्यै लागू पदार्थ वा नार्कोटिक्स (Narcotics) सेवन गर्नु हुन्थ्यो वा यसको उपचार गराउनु भएको थियो ? थियो भने विवरण दिनुहोस् ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ड)	अन्य कुनै शारीरिक कमजोरी वा स्वास्थ्य समस्या छन् ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
५.	क) तपाईंलाई थाहा भएसम्म आफ्नो परिवारको कुनै सदस्यको क्यान्सर, क्षयरोग, मधुमेह, हृदयाघात, उच्च रक्तचाप, मानसिक रोग, किडनी सम्बन्धी रोग वा कुनै वंशानुगत रोगका कारण मृत्यु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ख)	तपाईं बीमा चाहने व्यक्ति एचआइभी एड्स जस्ता समस्याबाट पीडित हुनु भएको वा यस सम्बन्धी परिक्षण गराउनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
६.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">पारिवारिक इतिहास</th> <th colspan="2">जीवित</th> <th colspan="3">मृतक</th> </tr> <tr> <th>हालको उमेर</th> <th>स्वास्थ्यको अवस्था</th> <th>उमेर (मृत्युको समयमा)</th> <th>मृत्युको खास कारण</th> <th>मृत्यु भएको साल</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>पिता</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>माता</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>दाजु/भाई</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>दिदी/बहिनी</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>पति/पत्नी</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>छोरा/छोरी</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक			हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल	पिता						माता						दाजु/भाई						दिदी/बहिनी						पति/पत्नी						छोरा/छोरी					
पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक																																																	
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल																																															
पिता																																																				
माता																																																				
दाजु/भाई																																																				
दिदी/बहिनी																																																				
पति/पत्नी																																																				
छोरा/छोरी																																																				
७.	क) विगत वर्षहरूमा ५ किलो भन्दा बढी तौल घटबढ भएको छ ? छ भने किन ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ख)	बीमा सम्बन्धी तपाईंको निवेदन कहिल्यै अस्वीकृत, फिर्ता, स्थगन वा परिवर्तन गरिएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
८.	<b>महिलाले मात्र भर्ने:</b>																																																			
क)	तपाईंलाई कहिल्यै स्तन, गर्भाशय, पाठेघर, यौनाङ्ग आदि अंगमा कुनै रोग लागेको, गाँठागुँठी आएको, महिनावारी हुँदा असामान्य रक्तश्राव, यौनसम्पर्क पश्चात् रक्तश्राव जस्ता समस्याबाट कहिल्यै पीडित हुनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ख)	के तपाईं पहिला गर्भवति भएको अवस्थामा कुनै पनि प्रकारको समस्या, उच्च रक्तचाप, मधुमेह, गर्भवतन, मरेको बच्चा जन्मिने, बच्चा पाठेघरमा नभई अन्य ठाउँमा बस्ने तथा असामान्य किसिमका प्रसुती भएको वा केही पनि भएको भए उल्लेख गर्नुहोस् ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
ग)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने गर्भाधान गरेको समय र बच्चा जन्मने संभावित मिति लेख्नुहोस् ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	

#### उद्घोषण

उल्लेखित उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो/प्रस्तावकको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए - छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । मैले/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले माथि उल्लेख गरिएका प्रश्नहरूको उत्तर यदि असत्य वा दबाए-छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र बीमक बीचको करार शुरुदेखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र कम्पनीले गर्ने जे जस्तो निर्णय मलाई मान्य हुनेछ ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण, व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण तथा संलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र बिमक बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । कुनै पनि समय मलाई/बीमा गर्ने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सकसँग मेरो/जीवन बीमा गर्नेको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा एशियन लाईफ इन्सोरेन्स कं. लि. ले मेरो/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको बारेमा सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मन्जुरी छ ।

मिति :  जीवन बीमा प्रस्तावकको  जीवन बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको

स्थान :  दस्तखत :  दस्तखत :

नाम :  नाम :

(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)