



प्रभु लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय: कमलादी, काठमाडौं, पो.ब.नं. ७६४

कम्पनी दर्ता नं. १००२/६३/०६४, पान: ६०६२१७४३७
(कम्पनी ऐन, २०६३ र बीमा ऐन, २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

शखा कार्यालय :

अभिकर्ताको नाम

अभिकर्ता इजाजतपत्र/ आन्तरिक कोड नं. :

बीमितको फोटो	प्रस्तावकको फोटो
--------------	------------------

बीमितको फोटो

प्रस्तावकको फोटो

जीवन बीमा प्रस्ताव फारम

१. बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

(क)	नाम, थर :		
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS		
(ग)	स्थायी ठेगाना : प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :
	म.न.पा/उ.म.न.पा./न.पा/ गा.पा. :	टोल :	वडा नं. :
(घ)	अस्थायी ठेगाना : प्रदेश :	अञ्चल :	जिल्ला :
	म.न.पा/उ.म.न.पा./न.पा/ गा.पा. :	टोल :	वडा नं. :
(ङ)	स्थायी लेखा नं. (लिएको भए) :		
(च)	जन्म मिति :	उमेर :	उमेर सम्बन्धी प्रमाण पत्र (प.नं.सहित) :
	लिङ्ग :		
(छ)	राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता :	
	फोन नं. :	मोबाइल नं. :	

२ जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।

(क)	बीमा योजनाको किसिम : वर्ष :	ख) बीमा आवधि :
(ग)	बीमाङ्क : अंकमा :	अक्षरमा :
(घ)	बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका : (एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक) :	
(ङ)	के तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क
(च)	के तपाईं बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) र स्थायी अपाङ्ग सुविधा (TPD) लिन चाहनु हुन्छ ?	बीमाङ्क

अनुसूची-१

(छ)	के तपाईं मासिक आम्दानी सुविधा (MIB) र बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनु हुन्छ ? बीमाङ्क.....
(ज)	के तपाईं घातक रोगहरु (CI) विरुद्धको सुरक्षा लिन चाहनु हुन्छ ? बीमाङ्क.....

३. बीमालेखको अवधिभित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ?

(क)	इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर :
(ख)	इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना :
(ग)	इच्छाएको व्यक्तिको बुबा/आमाको नाम :
(घ)	बीमित र इच्छाएको व्यक्तिबीचको नाता :
(बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल्न सक्नेछ । बीमितले कसैलाई इच्छाएको नभएमा वा इच्छाएको व्यक्तिको पनि इच्छाउने व्यक्तिको मृत्यु हुनु भन्दा पहिले नै मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमा ऐन, २०४९ को दफा ३८ बमोजिम हुनेछ)	

४. बीमितको देहायबमोजिमको कुनै काम गर्ने मनासय छ कि ?

(क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा सञ्चालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	छ	छैन
(ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने ?	छ	छैन छ भने पेशा उल्लेख गर्नुहोस
(ग) नेपाल बाहिर बसोवास गर्ने ?	छ	छैन छ भने देश उल्लेख गर्नुहोस

५. तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को विवरण दिनुहोस् ।

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

६. बाल(बच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नुपर्ने विवरण

(क)	बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर:		
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS		
(ग)	स्थायी ठेगाना : प्रदेश : म.न.पा./उ.म.न.पा./न. पा./गा.पा.:	अञ्चल :	जिल्ला : वडा नं.:
(घ)	जन्म मिति :	उमेर:	लिङ्ग:
	उचायी :	वोजन :	
	राष्ट्रियता :	स्वास्थ्य स्थिति :	
(ङ)	प्रस्तावक र बीमितबीचको नाता :		
(च)	यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बच्चाको बीमा गर्नु भएको भए, विवरण दिनुहोस् ।		
	कम्पनीको नाम :	बीमालेख नं.:	बीमाङ्क :

७. तपाईंको बैंक खाताको विवरण (कम्पनीबाट भुक्तानी प्राप्त गर्नका निम्ति)

क)	खातावालाको नाम :
ख)	बैंक खाताको किसिम : बचत खाता / चल्ती खाता
ग)	बैंक खाता नम्बर :
	तपाईंको खाता भएको बैंकको नाम र ठेगाना :

८. व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

१	जीवन बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको उचाई: फिट इन्च वजन : (के.जि.)
२	के तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? गछु गर्दिन के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? गछु गर्दिन
३	हाल लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नुभएको थियो ? <input type="checkbox"/> गछु <input type="checkbox"/> गर्दिन
	यदि प्रश्न नं. २ र ३ को उत्तर "गछु" भन्ने भएमा हरेक दिन कुन किसिमको कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।

पारिवारिक इतिहास	जीवित			मृतक	
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
बुबा					
आमा					
दाजु/भाइ					
दिदी/बहिनी					
पति/पत्नी					
बच्चाहरु					

५	के तपाईं वा तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छरि रोग, वाथ (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, कुष्ठरोग, मधुमेह, हेमोफिलिया, थाइराईड, इण्डोक्राईन वा अन्य पुख्रौल रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ ? यदि छ भने सोको विवरण दिनुहोस ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६	के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७	के तपाईं तीन वर्षयता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बस्नु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८ के तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोगहरु लागेको थियो वा लागेको छ ?			
(क)	चक्कर आउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिटस, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने अन्य कुनै मगज वा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ख)	एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्यूरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ग)	मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(घ)	कमलपित्त, एनिमीया, अल्काई, आर्ज, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ङ)	कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(च)	हर्निया, हाइड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(छ)	मृगौला वा मुत्रथैली विप्रेको, जल ग्रह Rheumatism, Syphilis वा अन्य कुनै रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ज)	क्यान्सर वा अन्य कुनै रोग ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(झ)	कान, नाक, घाँटी वा आखा सम्बन्धी कुनै रोग । (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत आदि बग्ने ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ञ)	औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकि, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिन सम्म रहने ज्वरो ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ट)	विफर ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ठ)	पिसावमा कहिले रगत, पिप वा अल्बुमिन देखिएको ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ड)	एक्सरे, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गराउनु भएको ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ण)	कुनै शल्यक्रिया, दुर्घटना वा सख्त घाईते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटि फाँटिएको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गराउनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ण)	तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको छ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
९	यदि माथि उल्लेखित ५ देखि ८ (क देखि ण) को कुनै प्रश्नको उत्तर "छ" भन्ने भए सोको मिति अवधि, अक्सर औषधोपचार गर्ने डक्टरको नाम, थर, ठेगाना र अस्पतालको नाम समेतको विवरण दिनुहोस ।		
१० बीमित महिला भए मात्र भर्नु पर्ने विवरण			
(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ख)	गर्भपतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसव भएको छ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ग)	पछिल्लोपटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(घ)	पछिल्लोपटक महिनावारी भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

उद्घोषण

जीवन विमा प्रस्ताव फारम तथा व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरणमा भएका प्रश्नको उत्तरहरु सत्य तथा पूर्ण छन् र म/वीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरु दवाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो प्रभु लाईफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडबीचको जीवन बीमा करार शुरुदेखिनै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । यो प्रस्ताव, उद्घोषण र स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण म/वीमा चाहने व्यक्ति र प्रभु लाईफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीच करारको आधारमा हुनेछ भन्ने कुरा स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरेको प्रथम बीमाशुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मितिदेखि मेरो जीवन बीमा लागु हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । कम्पनीले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्ने मेरो मन्जुरी छ । कुनै समयमा म/वीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्न कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासंग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसंग कम्पनीले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरु प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनको लागि अख्तियारी दिन्छु र यस सम्बन्धमा प्रचलित नेपाल कानून वमोजिम गर्न मेरो मन्जुरी छ ।

मिति

ठेगाना

.....
प्रस्तावकको दस्तखत

.....
जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत

यदि माथि उल्लेखित प्रश्नहरुको उत्तर दिने र घोषणामा दस्तखत गर्ने प्रस्तावक / बीमित आवेदनको भाषा नबुझे भएमा वा निरक्षर भएमा वा अन्य कुनै कारणले पढ्न लेख्न नसक्ने भएमा यस आवेदनको विषयवस्तु प्रस्तावक/बीमितलाई राम्रोसँग बुझाई प्रस्तावक/बीमितले दिएको जवाफहरु ठिक ठिक फारममा लेख्ने, प्रस्तावक/बीमितको परिवारको सदस्य वा कम्पनीसँग सम्बन्ध नभएको कुनै सुपरिचित व्यक्तिले निम्नानुसारको घोषणा गर्नु पर्नेछ ।

म यो घोषण गर्दछु कि मैले प्रस्तावक/बीमितलाई यस आवेदनको विषयवस्तु राम्ररी सम्झाएको छु र निजले दिएको उत्तर ठिक ठिक लेखेको छु र निजले राम्ररी बुझेपछि मात्र आवेदन फारममा सहिछाप गरेको हो ।

स्थान :

घोषण गर्ने व्यक्तिको नाम, थर:

पेशा :

पूरा ठेगाना :

हस्ताक्षर

मोबाइल नं.

दायाँ	बायाँ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(निरक्षर भएमा)

द. ग्राहक पहिचान विवरण
(सम्पति शुद्धीकरण ऐन २०६४ को दफा ७क संग सम्बन्धित)

प्रस्तावकको पुरा नाम थर :	ना.प्र.नं	जन्म मिति साल	महिना	गते


बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम, थर (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)				

ठेगाना तथा सम्पर्क : (तल स्थायी ठेगानामा क्रमश उल्लेख गर्नुहोस : घर नम्बर, टोल/गाँउ, वडा नं, न.पा, गा.पा.,जिल्ला)			
स्थायी :			
अस्थायी :			
इमेल ठेगाना	टेलिफोन नं :	मोबाइल नं :	
बहालमा बसेको भए घरधनीको नाम तथा सम्पर्क नं :			
बाबु वा आमाको नाम :		नागरिकता नं :	
बाजेको नाम :			
पति वा पत्नीको नाम :		नागरिकता नं :	

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको आयश्रोत नोकरी भएमा :

कार्यालयको नाम ठेगाना	पद	फोन/मोबाइल नं	इमेल ठेगाना
संघ, संस्था, कार्यालय, साभेदारी फर्म आदि भए दर्ता प्रमाणपत्र साभेदारी परिचय खुलाउने कागजात तथा सो सम्बन्धमा आवश्यक कागजात (कार्यालयले माग गरे अनुरूप) पेश गर्नुपर्नेछ ।			
वार्षिक आमदानी/कारोबार तथा आयको श्रोत :			
अभिकर्ताको नाम ठेगाना तथा फोन नं :			
अन्य केही उल्लेख गर्नुपर्ने भए :			

घर वा वसोवास पुग्ने बाटोको नक्शा (नजिकको मुख्य चौकबाट देखाउनुहोला) ब

 उत्तर
--

स्वघोषणा:

म/हामी यो घोषणा गर्दछु कि उपरोक्त बमोजिम उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजात सत्य साँचो हुन् । सम्पति शुद्धीकरण ऐन, २०६४ बमोजिम म/हामी सम्बन्धी कुनै पनि जानकारीहरु प्रदान गर्न अख्तियार दिन्छु/दिन्छौ र यस सम्बन्धमा प्रचलित नेपाल कानून बमोजिम गर्न मेरो मञ्जुरी छ ।

दायाँ	बायाँ

बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको हस्ताक्षर :

मिति :

ठेगाना :

औठा छाप

कार्यालयले भर्ने

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा :

सम्पति शुद्धीकरण सम्बन्धमा :

नाम :

पद :

हस्ताक्षर :

अन्य केही खुलाउनुपर्ने भए :