



# राष्ट्रिय बीमा संस्थान

रा.बी.सं. भवन, रामशाहपथ, पत्र-मञ्जूषा नं. ५२७, काठमाडौं, नेपाल ।  
फोन नं. ४२६२५२० (हण्डिङ्ग लाइन), फ्याक्स नं. ००९७७-९-४२६२६९०  
Email: beema@wlink.com.np, Website: www.beema.com.np  
(राष्ट्रिय बीमा संस्थान ऐन २०२५ द्वारा स्थापित)

## जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

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

### बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

१.	प्रस्तावक	बीमित
क)	क) नाम, थर : NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS:	
ख)	स्थायी ठेगाना : अञ्चल : वडा नं.	जिल्ला : सम्पर्क नं. म.न.पा. / न.पा. / गा.पा. : प्रस्तावक र बीमित बीचको नाता:
ग)	जन्म मिति : उमेर :	उमेर सम्बन्धी प्रमाण : लिङ्ग
घ)	राष्ट्रियता : शैक्षिक योग्यता :	विवाहित / अविवाहित :
ङ)	प्रस्तावक / बीमितको पेशा (जागिरदार भए कार्यालयको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)	
च)	आय स्रोतको विवरण :	
छ)	सबै स्रोतबाट सालाखाला मासिक आय: रू.	
ज)	बीमित / प्रस्तावकको पिता / माताको नाम, थर :	
२.	जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् :	
क)	जीवन बीमा आयोजनाको किसिम :	
ख)	बीमा अवधि :	..... वर्ष
ग)	बीमाङ्क :	अंकमा : अक्षरमा :
घ)	बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	वार्षिक / अर्धवार्षिक / त्रैमासिक
ङ)	के तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
च)	के तपाईं बीमाशुल्क तिर्नु नपर्ने छुट (PWB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
३.	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमित / प्रस्तावकले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल्न सक्नेछ र यदि कसैलाई नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिनेछ।)	इच्छाएको व्यक्तिको (क) पूरा नाम, थर (देवनागरीमा) ..... (ख) Name in English ..... इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना: ..... बीमित र इच्छाएको व्यक्तिको बीचको नाता: .....
४.	बीमित / प्रस्तावकको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?	यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।
क)	स्थल, सेना, जल सेना वा हवाई सेना	क)
ख)	हवाई सेवा (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	ख)
ग)	कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने	ग)
घ)	नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने वा हाल बसिरहेको	घ)

५.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति वा प्रस्तावक) ले यस अघि यस बीमक वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सोको देहाए बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।		
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमाङ्क
	प्रस्तावक:		
	बीमित :		
६.	तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त बाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।		
७.	स्वास्थ्य विवरण		
	क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यदि अघिको विरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नु भएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	प्रस्तावक	बीमित
	ख) हालका ५ वर्षमा तपाईंले विरामी या चोट पटकबाट उपचार गराउनु भएको छ ? यदि छ भने अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमका नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।	क)	क)
	ग) तपाईंले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? छ भने कुन किसिमको विरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?	ख)	ख)
		ग)	ग)
८.	बीमित/प्रस्तावक महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :		
	क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ?	क)	
	ख) पछिल्लो पटक प्रसूति मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।	ख)	
	कैफियत:		

## उद्घोषणा

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो तथा मेरा पति-पत्नीको, मेरो छोरा/छोरीको/मेरो नाती/नातिनीको जीवन बीमासम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषणा गर्दछु ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषणा तथा संलग्न स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरणको कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र राष्ट्रिय बीमा संस्थान बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बरसमेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरेको संस्थानको छाप लागेको प्रथम बीमाशुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मितिदेखि मेरो जीवन बीमा लागू हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मञ्जुरी छ ।

कुनै पनि समयमा मलाई/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग राष्ट्रिय बीमा संस्थानले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मञ्जुरी छ । म 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 गर्ने छैन ।

### अभिकर्ता मार्फत प्राप्त प्रस्तावको प्रयोजनको लागि मात्र

अभिकर्ताको नाम: .....

अभिकर्ताको कोड नं. ....

अभिकर्ताको सम्पर्क नं. : .....

जीवन बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको दस्तखत .....

जीवन बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको

दस्तखत .....

प्रस्ताव मिति .....



# राष्ट्रिय बीमा संस्थान

व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण  
(प्रस्तावकले भर्नुपर्ने)

कृपया सफासँग लेख्नुहोस् र कुनै केरमेट वा थपघट भएमा सो स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस् ।  
(करेक्टिङ्ग फ्ल्यूड प्रयोग गर्नु पाइने छैन)

		गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन अक्सर कुन किसिमको र कति परिमाण ?			
		प्रस्तावक	बीमित		
१. क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ग) तपाईं लागू पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नुभएको थियो ?	क)	क)			
	ख)	ख)			
	ग)	ग)			
२. पारिवारिक इतिहास	जीवित		हालको उमेर		
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	मृत्यु हुँदाको उमेर	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
माता	प्रस्तावक				
	बीमित				
पिता	प्रस्तावक				
	बीमित				
दाजु / भाई	प्रस्तावक				
	बीमित				
दिदी / बहिनी	प्रस्तावक				
	बीमित				
पति / पत्नी	प्रस्तावक				
	बीमित				
बच्चाहरु	प्रस्तावक				
	बीमित				
३. क) उचाई कति छ ? ख) वजन कति छ ?	प्रस्तावक		बीमित		
	क)	क)			
	ख)	ख)			
४. क) बीमितको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारेरोग, बात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य कुनै पुख्रौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस् । ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् ।	प्रस्तावक		बीमित		
	क)	क)			
	ख)	ख)			
			बस्नु भएको भए मिति, अवधि, असर डाक्टरको नाम तथा ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेतसमेतको विवरण दिनुहोस् ।		

	प्रस्तावक	बीमित
५. बीमितलाई कहिल्यै तल उल्लेखित रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?		
क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मूर्छा पर्नु, फिट्स, न्यूरस्थेनिया, न्युरेल्जीया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)	क)
ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, फ्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सोसम्बन्धी रोग ।	ख)	ख)
ग) मूर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटुसम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।	ग)	ग)
घ) स्पृ, कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रासम्बन्धी रोग ।	घ)	घ)
ङ) कुनै चर्मसम्बन्धी रोग ।	ङ)	ङ)
च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरिकोसेल, फिस्टुला, नसा सुन्निने रोग ।	च)	च)
छ) मृगौला वा मूत्रस्थली विग्रोको, जलग्रह, वातसम्बन्धी रोग, धातुरोग, भिरङ्गी वा अन्य कुनै यौनसम्बन्धी सरुवा रोग ।	छ)	छ)
ज) क्यान्सर वा महारोग ।	ज)	ज)
झ) कान, नाक, घाँटी वा आँखासम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पीप, रगत पानी आदि बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?	झ)	झ)
ञ) औल, सन्निपात (टाइफाइड, रुघा, खोकी, कालज्वर, फिलेरियासिस वा अन्य कुनै एक हप्तासम्म रहने ज्वरो ।	ञ)	ञ)
ट) विफर ।	ट)	ट)
ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पीप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ठ)	ठ)
ड) कहिले एक्सरे, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राफ वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?	ड)	ड)
ढ) कुनै शल्यक्रिया (दुर्घटना वा सख्त घाइते, चोटपटक, कुनै अङ्गभङ्ग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो ? यदि थियो भने त्यस सम्बन्धी रिपोर्ट पेश गर्नु होला ।	ढ)	ढ)
६. तपाईंले एच.आई.भि. (एड्स) रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।		

## उद्घोषणा

उपरोक्त प्रश्नहरूको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो तथा मेरा पति/पत्नीको/मेरो छोरा/छोरीको/मेरो नाती/नातिनीको जीवन बीमाको लागि जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए-छिपाएको छैन भनी म उद्घोषणा गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरू दवाए छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र रा.बी.सं. बीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु ।

मेरो छुट्टै स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागि छुट्टै प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरूको उत्तर मेरो र राष्ट्रिय बीमा संस्थानका बीच भएको करारको आधार हुनेछ ।

जीवन बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको दस्तखत .....

प्रस्ताव मिति .....