



राष्ट्रिय बीमा

कार्यालय नं. २(क)

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण (जीवनसाथी संयुक्त जीवन बीमाको लागि)

(कृपया सफासंग लेख्नुहोस्, केरेमेट भए वा थपघट भएमा उक्त स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस् ।)

प्रस्ताव नं.

१. नाम, थर

क) प्रस्तावक (पति) को पुरा नाम, थर

ख) प्रस्तावक (पत्नी)को पुरा नाम, थर

२. शारीरिक बनौट

पति

पत्नी

क) तपाईंको उचाइ कति छ ?

ख) तपाईंको वजन कति छ ?

३. क) तपाईं मदिरा पान गर्नु हुन्छ ?

ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ?

ग) तपाईं लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा कहिल्यै गर्नु भएको थियो ?

४. पारिवारिक इतिहास

जीवन बीमा गर्न चाहने व्यक्ति/प्रस्तावक (पति) को	जीवित		मृतक		
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	मृत्यू हुँदाको उमेर	मृत्यूको कारण	मृत्यू भएको साल
माता					
पिता					
दाजु/भाइ					
दिदी/बहिनी					
पत्नी					
बच्चाहरु					

जीवन बीमा गर्न चाहने व्यक्ति/प्रस्तावक (पत्नी) को	जीवित		मृतक		
	हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	मृत्यू हुँदाको उमेर	मृत्यूको कारण	मृत्यू भएको साल
माता					
पिता					
दाजु/भाइ					
दिदी/बहिनी					
पति					
बच्चाहरु					

५. तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धमा तलका प्रश्नहरूका उत्तर दिनुहोस् ।

क) हालका ५ वर्षमा तपाईंले विरामी वा चोटपटकबाट उपचार गराउनु भएको छ ? यदि छ भने अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक र अस्पताल वा नर्सिङ होमको नाम र ठेगाना दिनुहोस् ।	पति	पत्नी
ख) तपाईंले विगत ५ वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? यदि छ भने कुन किसिमको विरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?		
ग) कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारेरोग, वात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य कुनै पुख्रौली रोगबाट पिडित भए विवरण दिनुहोस् ।		

घ) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पिडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए विवरण दिनुहोस् । (मिति, अवधि,असर, डाक्टरको नाम, अस्पतालको संकेत समेत)		
---	--	--

६. कहिल्यै तल उल्लेखित रोग लागेको वा लागेको भनिएको थियो ?

	पति	पत्नी
क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिट्स, न्युरस्थेनिया, न्युरेल्जिया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट वेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज वा स्नायू प्रणाली सम्बन्धी रोग ।		
ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्लुरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।		
ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा उच्च रक्तचाप ।		
घ) स्तु, कमलपित्त, एनिमिया, अन्काइ, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डिसाइटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।		
ङ.) चर्म सम्बन्धी कुनै रोग ।		
च) हर्निया, हाइड्रोसिल, भेरिकोसेल, फिस्टुला, नसा सुनिने रोग ।		
छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विग्रोको, जलग्रह, वात सम्बन्धी रोग, धातुरोग, भिरंगी वा अन्य कुनै यौन सम्बन्धी रोग ।		
ज) क्यान्सर वा महारोग ।		
झ) कान, नाक, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी कुनै रोग(दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत)		
ञ) औल, सन्निपात(टाइफाइड, रुघा खोकी, कालाज्वर, फिलेरियासिस वा अन्य कुनै एक हप्ता समम रहने ज्वरो ।		
ट) विफर		
ठ) पिसावमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?		
ड) कहिले एक्सरे, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राफ वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?		
ढ) कुनै सल्यक्रिया(दुर्घटना वा सख्त घाइते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो ? थियो भने त्यस सम्बन्धी रिपोर्ट पेश गर्नु होला ।		
ण) तपाईंले एच आइ भी (एड्स) रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।		

उद्घोषणा

उपरोक्त प्रश्नहरूको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो छोरा/छोरीको जीवन बीमाको लागि जोखिमको मूल्यान गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए-छिपाएको छैन भनी म उद्घोषण गर्दछु ।
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 गर्न चाहने व्यक्ति (पति) को दस्तखत प्रस्ताव मिति	जीवन बीमा गर्न चाहने व्यक्ति (पत्नी) को दस्तखत प्रस्ताव मिति
---	---

