



राष्ट्रिय बीमा संस्थान

प्रधान कार्यालय: रा.बी.सं. भवन, रामशाहपथ, पत्र-मञ्जूषा: ५२७, काठमाडौं
फोन: ४२६२५२० (हन्टिङ्ग लाइन), फ्याक्स: ००९७७-१-४२६२६९०, Website: www.beema.com.np
(राष्ट्रिय बीमा संस्थान ऐन, २०२५ द्वारा स्थापित)

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

बीमा गर्न चाहने (बीमित) को विवरण					
१.	क) पूरा नाम, थर:	क)			
	ख) ठेगाना:	ख)			
२.	क) तपाईंको उचाई कति छ ?	क) फिट इन्च			
	ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	ख) के.जि.			
३.	क) तपाईं मदिरापान गर्नु हुन्छ ?	क) गर्छु / गर्दिन गर्ने भए मात्रा खुलाउनुहोस्			
	ख) तपाईं धुम्रपान गर्नु हुन्छ ?	ख) गर्छु / गर्दिन गर्ने भए मात्रा खुलाउनुहोस्			
	ग) तपाईं हाल लागूपदार्थ प्रयोग गर्नु हुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नुभएको थियो ?	ग) गर्ने भए मात्रा खुलाउनुहोस्			
४.	पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक	
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण
	माता पिता दाजु / भाई दिदी / बहिनी पति / पत्नी बच्चाहरू				
५.	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए सोको विवरण दिनुहोस् ।	क)			
	ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरू सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बस्नु भएको छ ? यदि बस्नु भएको भए सोको मिति, अवधि, अक्सर औषधोपचार गर्ने डाक्टरको नाम, थर, ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस् ।	ख)			

६.	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनि भनिएको थियो ? क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मूर्च्छा पर्नु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, प्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	ख)
	ग) मूर्च्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप	ग)
	घ) कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	घ)
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	ङ)
	च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिने रोग ।	च)
	छ) मृगौला वा मूत्रस्थली बिग्रैको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।	छ)
	ज) क्यान्सर वा कुष्ठरोग ।	ज)
	झ) कान, नाक, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदि बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?	झ)
	ञ) औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	ञ)
	ट) बिफर	ट)
	ठ) पिसाबमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ठ)
	ड) कहिले एक्सरे, ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?	ड)
	ढ) कुनै शल्यक्रिया, दुर्घटना वा सख्त घाईत, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो कि ?	ढ)
७.	तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	

उद्घोषण

उल्लेखित उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरू दवाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र राष्ट्रिय बीमा संस्थान बीचको जीवन बीमा करार शुरुदेखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु ।

मेरो यो स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागि संलग्न प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरूको उत्तर मेरो र राष्ट्रिय बीमा संस्थान बीच भएको करारको आधार हुनेछ ।

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको

दस्तखतः

मिति: