



गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

Gurans Life Insurance Co. Ltd.

कम्पनी ऐन २०६३ (दता नं. १००५/०६४/६५) र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित
 प्रधान कार्यालय: पोष्ट बक्स नं. १९४९९, श्री राज भवन, तिनकुने, काठमाडौं, नेपाल ।
 फोन नं. ४४६५८१०, फ्याक्स नं. ९७७-१-४४६५८६९, ईमेल: info@guranslife.com, वेबसाइट: www.guranslife.com

फा. नं. ००१

हालसालै
खिचेको
फोटो
(प्रस्तावक)

हालसालै
खिचेको
फोटो
(बीमित)

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

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

शाखा कार्यालय

अभिकर्ता इजाजतपत्र नं.

अभिकर्ता कोड नं.:

अभिकर्ताको नाम

१.	बीमा गर्न चाहने व्यक्ति (बीमित) सम्बन्धी विवरण:						
	क) नाम, थर						
	ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER						
	ग) स्थायी ठेगाना: अञ्चल: जिल्ला: न.पा./गा.वि.स.: वडा नं.: ब्लक नं.:						
	फोन नं. ईमेल: मोबाइल नं.: फ्याक्स नं.						
	घ) अस्थायी ठेगाना: अञ्चल: जिल्ला: न.पा./गा.वि.स.: वडा नं.: ब्लक नं.:						
	फोन नं. ईमेल: मोबाइल नं.: फ्याक्स नं.						
	ड) जन्म मिति: उमेर उमेर सम्बन्धी प्रमाण: लिङ्ग: स्थायी लेखा नं.						
	च) राष्ट्रियता: शैक्षिक योग्यता: नागरिकता नं.: जारी गरिएको जिल्ला						
	छ) पेशा तथा आयश्रोतको विवरण: (जागिरदार भए कार्यालयको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)						
	ज) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय रु.						
	झ) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको पिता/माताको नाम, थर						
२.	जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस्:						
	क) बीमा योजनाको किसिम					
	ख) बीमा अवधि वर्ष/बीमा शुल्क भुक्तानी अवधि (जिवन रक्षक योजनाको लागि मात्र) वर्ष					
	ग) बीमाङ्क	अंकमा अक्षरमा					
	घ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	(एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक)					
	ड) तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB), लिन चाहनुहुन्छ ?	चाहन्छु/चाहन्न					
	च) तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ र पूर्ण अंगभंग (PTD) बीमाशुल्क (PWB) छुट तथा मासिक आय लाभ लिन चाहनुहुन्छ ?	चाहन्छु/चाहन्न					
	नोट: बुँदा नं. (च) को लागि लाभ छान्नु भएमा बुँदा नं. (ड) को लाभ छान्नु पर्दैन ।						
३.	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०४९ को दफा ३८ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिने छ ।)	इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम थर: इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना: इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम: बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बीचको नाता:					
४.	बीमित/प्रस्तावको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?						
	क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा संचालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	बीमित	प्रस्तावक				
	ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने						
	ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने						
५.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस बीमक वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण दिनुहोस्						
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)

६.	भ्र) 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 ?	भ्र)	भ्र)
	ज) औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	ज)	ज)
	ट) विफर	ट)	ट)
	ठ) पिसावमा कहिले रगत पिप चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ठ)	ठ)
	ड) कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परीक्षण गरिएको थियो ?	ड)	ड)
	ढ) कुनै शल्यक्रिया, 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 कि ?	ढ)	ढ)
७.	तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	७)	७)

यदि प्रस्तावक र बीमित फरक फरक भएमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण ।

क) पूरा नाम थर	क)
ख) ठेगाना	ख)
ग) प्रस्तावक र बीमित बिच सम्बन्ध	ग)
घ) स्थायी लेखा नं.	घ)

गुराँस बाल सुरक्षा/गुराँस नौलो बाल सुरक्षा (सावधिक) जीवन बीमाको लागि मात्र:

बच्चा (बीमित) को जन्म स्थान: अस्पताल वा निवास: ठेगाना:	
क) के बच्चालाई रोगसंग प्रतिरक्षण गर्ने खोप या सुई कुनै दिइएको छ ?	क)
ख) बच्चा जन्मदाको तौल एवं उचाई कति थियो ?	ख)
ग) विगत १ वर्ष भित्र बच्चाको घरमा कुनै बच्चा वा अरु कोही संक्रमण, सरुवा रोगबाट पिडित हुनुहुन्थ्यो ? यदि थियो भने सो को विवरण दिनुहोस् ।	ग)
घ) के बच्चा अंगभंग, लंगडो, हात वा खुट्टा नभएको, दृष्टि वा श्रवण शक्ति कम आदिका कारणबाट औषधोपचार गर्नु पर्ने वा गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	घ)
ड) के बच्चा कुनै विरामी, पुख्र्यौलि रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नु पर्ने छ ? यदि छ भने पूर्ण विवरण दिनु होस् ।	ड)
च) के बच्चालाई हाल कुनै रोगको औषधोपचार गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	च)
छ) बच्चाको १ वर्ष भित्र तौल घटेको वा बढेको के छ ? यदि छ भने किन ?	छ)
ज) बच्चाको हाल स्वास्थ्य अवस्था कस्तो छ ?	ज)
भ्र) कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नु होस् ।	भ्र)

उद्घोषण

उल्लिखित उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु ।

मेरो यो स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागी संलग्न प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरूको उत्तर मेरो र गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच भएको करारको आधार हुनेछ ।

मिति:

साक्षी
यदि प्रस्तावक वा बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा
(मेरो रोहवरमा सहीछाप गराएको साँचो हो ।
नाम.....

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
दस्तखत



गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लि. Gurans Life Insurance Co. Ltd.

कम्पनी ऐन २०६३ (दस्ता नं. १००४/०६४/६५) र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित
 प्रधान कार्यालय: पोष्ट बक्स नं. १९४९९, श्री राज भवन, तिनकुने, काठमाडौं, नेपाल ।
 फोन नं: ४४६५८१०, (हट्टीलाईन) टोल फ्री नं. १६६०-०१-४४४०० फ्याक्स नं. ९७७-१-४४६५८६१, ईमेल: info@guranslife.com, वेबसाइट: www.guranslife.com

व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

बीमा गर्न चाहने (बीमित) को विवरण												
१.	क) पूरा नाम, थर: ख) ठेगाना:					क) ख)						
२.	क) तपाईंको उचाई कति छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?					बीमित			प्रस्तावक			
						क) ख)	फिट इन्च के.जि.	क) ख)	फिट इन्च के.जि.			
३.	क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ख) तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? ग) तपाईं हाल लागूपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नुभएको थियो ? (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।)					क) गर्छु/गर्दिन ख) गर्छु/गर्दिन ग)			क) गर्छु/गर्दिन ख) गर्छु/गर्दिन ग)			
४.	पारिवारिक इतिहास		जीवित				मृतक					
			हालको उमेर		स्वास्थ्यको अवस्था		उमेर (मृत्युको समयमा)		मृत्युको खास कारण		मृत्यु भएको साल	
			बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक	बीमित	प्रस्तावक
५.	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, वात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्र्रौली रोगबाट पीडित भए सो को विवरण दिनुहोस् ।							बीमित		प्रस्तावक		
	ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सख्वा 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 ।							क)		क)		
६.	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?							क)		क)		
	क) चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुछाँ पनु, फिटस, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।							ख)		ख)		
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्यूरिसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।							ग)		ग)		
	ग) मुछाँ हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप							घ)		घ)		
	घ) कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।							ङ)		ङ)		
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।							च)		च)		
	च) हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।							छ)		छ)		
	छ) मृगौला वा मृत्रस्थली बिग्रोको, जलग्रह Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सख्वा रोग ।							ज)		ज)		
	ज) क्यान्सर वा कुष्ठ रोग											

६.	तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त वाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।			
७.	स्वास्थ्य विवरण:			
	क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको बिरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नुभएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।			
	ख) अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।			
	ग) तपाईंले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ।			
प्रस्तावक/बीमित विवाहित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण:				
	क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस् ।			
	ख) पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।			
	ग) गर्भ पतन वा अन्य किसिमको असामान्य किसिमको प्रसूति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस् ।			
तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्/अभिभावकको जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् ।				
कम्पनीको नाम	प्रस्ताव/बीमालेख नं.	बीमा योजना	बीमाङ्क	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)
प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा मात्र भर्नुपर्ने विवरण				
क)	प्रस्तावकको नाम, थर:			
ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER			
ग)	स्थायी ठेगाना:			
	अञ्चल:	जिल्ला:	न.पा./गा.वि.स.:	वडा नं.:
	फोन नं.	ईमेल:	मोबाइल नं.:	फ्याक्स नं.
घ)	जन्म मिति:	उमेर:	प्रमाण:	लिङ्ग:
ङ)	राष्ट्रियता:	शैक्षिक योग्यता:	नागरिकता नं.:	जारि गरिएको जिल्ला
च)	पेशा तथा आयश्रोतको विवरण:			
	(प्रस्ताव जागिरदार भए कार्यालयको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)			
छ)	सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय: रु.			
ज)	प्रस्तावक र बीमितको नाता:			
झ)	तपाईं बीमाशुल्क (PWB) छुट सुविधा लिन चाहनुहुन्छ ?			चाहन्छ/चाहन्न
ञ)	तपाईं बीमाशुल्क (PWB) छुट सुविधा तथा मासिक शैक्षिक सुविधा (MEB) लिन चाहनुहुन्छ ?			चाहन्छ/चाहन्न
कैफियत:	नाबालिकको बीमामा मात्र लागू हुने			
	पत्राचार गर्ने ठेगाना:			

उद्घोषण

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा संलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरी टिकट टाँसेको प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि 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 औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो बारेमा सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरा 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 रीति रिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

मिति: साक्षी जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत
 (यदि प्रस्तावक वा बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा) (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)
 (मेरो रोहवरमा सहीछाप गराएको साँचो हो ।)
 नाम: