

# जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव फारम

## Proposal Form for Life Insurance

कृपया सफासँग लेख्नुहोस् र कुनै केरमेट/थपघट भए उक्त स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस्। टिपेक्सको प्रयोग नगर्नुहोस्।

(Please fill the form clearly and do counter signature for any corrections/addition. Do not use Tippex.)

प्रस्तावकको हालसालैको  
पासपोर्ट साइजको  
फोटो

बच्चा/दम्पती/  
भुक्तानी गर्ने व्यक्तिको  
हालसालैको  
पासपोर्ट साइजको  
फोटो



खुलेर जिऔं

सानिमा रिलायन्स लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

नयाँ बानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल  
९७७-१-४७९७२४, ५९७०४००

www.sanimareliance.com

शाखा/उप-शाखा (Branch/Sub-Branch): ..... दर्ता नं. (Registration No.): ..... बीमालेख नं. (Policy No.): .....

अभिकर्ताको नाम (Agent's Name): ..... अभिकर्ताको कोड र ईजाजत पत्र नं. (Agent's Code and Licence No.): .....

### व्यक्तिगत विवरण / Personal Details

प्रस्तावक (Proposer)				बच्चा/दम्पतीको (Child / Spouse)		
नेपालीमा पुरा नाम						
Full Name In English (BLOCK LETTERS)						
लिङ्ग Gender						
शैक्षिक योग्यता: Educational Qualification						
वैवाहिक स्थिति Marital status						
जन्म मिति / उमेर Date of Birth / Age		वर्ष Years		वर्ष Years		
जन्म स्थान / राष्ट्रियता Birth Place / Nationality						
परिचयपत्रको प्रकार (ID Type):				नं. (No.)		जारी मिति (Issue Date)
.....				जारी स्थान (Issued Place)		नं. (No.)
.....				जारी मिति (Issue Date)		जारी स्थान (Issued Place)
.....				.....		.....
वाजेको नाम (Grandfather's Name)						
बुबा/आमाको नाम (Father/Mother's Name)						
श्रीमान/श्रीमतीको नाम (Spouse's Name)						
बच्चाहरुको संख्या र उमेर Number of children and age						
स्थायी ठेगाना (Permanent Address)		प्रदेश (Province) ..... जिल्ला (District) .....		प्रदेश (Province) ..... जिल्ला (District) .....		
गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		
वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		
अस्थायी ठेगाना (Temporary Address)		प्रदेश (Province) ..... जिल्ला (District) .....		प्रदेश (Province) ..... जिल्ला (District) .....		
गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		गा.पा./न.पा. (Rural / Urban Municipality) .....		
वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		वडा नं. (Ward No) ..... टोल (Town) .....		
मोबाइल नं. (Mobile No.)						
फोन नं. / ईमेल Telephone No. / E-mail						
सामाजिक संजाल आईडी (Social Network ID)						

### बीमाको विवरण / Insurance Details

बीमा योजना (Insurance Plan): ..... बीमा अवधि (Term of Insurance): .....

बीमा रकम (Sum Assured): अंकमा (In Figure): ..... अक्षरमा (In Words): .....

वार्षिक आधारभूत बीमाशुल्क (ऐच्छिक)

बीमाशुल्क भुक्तानी अवधि (सिमित भुक्तानी योजनाको लागि मात्र)

Yearly Basic Premium (Optional) : ..... Premium Paying Term (Only for Limited Payment plan) : .....

#### बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका (Mode of Payment)

वार्षिक Yearly  अर्धवार्षिक Half Yearly  त्रैमासिक Quarterly  मासिक Monthly  एकल Single

विशेष अनुरोध (Special Request):

पूरक लाभहरू (Rider Benefits)	लिन चाहेंको (Interested)	बीमा रकम (Sum Assured)
दुर्घटनाबाट मृत्यु लाभ / Accidental Death Benefit (ADB)		
दुर्घटनाबाट मृत्यु लाभ र पूर्ण स्थाई असक्तता / ADB & Permanent Total Disability (ADB/PTD)		
दुर्घटनाबाट मृत्यु लाभ, पूर्ण स्थाई असक्तता र बीमाशुल्क मिनाहा सुविधा / ADB, PTD & Premium Waiver Benefit (ADB/PTD/PWB)		
बीमाशुल्क मिनाहा सुविधा / Premium Waiver Benefit (PWB)		
मासिक आय सुविधा / Monthly Income Benefit (MIB)		
घातक रोग / Critical Illness		

**आय विवरण / Income Details**

**नोट:** नाबालक/आश्रितको हकमा प्रस्तावक/भुक्तानी गर्ने व्यक्तिको विवरण दिनुहोला। (Note: Please provide Proposer / Payer's Detail in case of Minor / Dependent.)

	प्रस्तावकको (Proposer)	दम्पतीको/भुक्तानी गर्ने व्यक्तिको (Spouse / Payer)
पेशा Profession	सरकारी सेवा/गैर सरकारी सेवा/व्यवसाय/अन्य ..... Government Service / Non Government Service / Business / Other .....	सरकारी सेवा/गैर सरकारी सेवा/व्यवसाय/अन्य ..... Government Service / Non Government Service / Business / Other .....
रोजगारदाता / व्यवसायको पञ्जिकृत नाम र ठेगाना Name and Address of Employer / Registered Business		
पद / स्थायी लेखा नम्बर Designation / Permanent Account Number		
कामको प्रकृति / दैनिकरूपमा गरिने खास कामहरु Nature of Job / Exact Daily Duties		
वार्षिक आय / आयको श्रोत(हरु) Annual Income / Source(s) of Income		
अन्य आय र श्रोत(हरु) Other Income & Sources		

**इच्छाईएको व्यक्तिको विवरण / Beneficiary Details**

**नोट:** क) नाबालकको बीमाको हकमा आमा, बुबा वा वैधानिक संरक्षक मात्र इच्छाईएको व्यक्तिमा राख्न सकिने छ।

ख) दम्पती बीमाको हकमा श्रीमान र श्रीमती दुवैको निधन भएको अवस्थामा मात्र लागू हुनेछ।

**Note:** a. In case of insurance of minor, Father, Mother or Legal Guardian are only eligible as beneficiary.

b. In case of Joint Life (Dampati) Insurance, applicable only in case of death of both husband and wife.

पुरा नाम Full Name	ठेगाना Address	नाता Relation	उमेर Age	बाबुको नाम Father Name	आमाको नाम Mother Name
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

के उपरोक्त इच्छाईएको व्यक्ति(हरु) कुनै पनि किसिमको राजनैतिक क्रियाकलापमा प्रत्यक्ष संलग्न वा उच्च पदस्थ व्यक्ति हुनुहुन्छ ?  
Is above beneficiary(ies) directly involved in any types of political activities or is Highly Positioned Person?

हुनुहुन्छ  
Yes

हुनुहुन्न  
No

**सामान्य विवरण / General Details**

	प्रस्तावक (Proposer)	बच्चा/दम्पती (Child/Spouse)
	छ (Yes) छैन (No)	छ (Yes) छैन (No)
१. के तपाईंको वा तपाईंको बच्चाको जीवन बीमा, दुर्घटना बीमा वा स्वास्थ्य बीमा वा यसको नवीकरण सम्बन्धि प्रस्ताव अस्वीकृत भएको, स्थगित भएको, अतिरिक्त शुल्क लागेको वा कुनै प्रकारले संशोधित भएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस्। ..... (Has any proposal of your child or yourself for life insurance, accidental insurance or health insurance or proposal for it's renewal ever been rejected or postponed or rated or amended in any way? If yes, give details.) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
२. के तपाईं हाल कुनै सैन्य बलको सदस्य हुनुहुन्छ वा तपाईं अहिले वा भविष्यमा कुनै किसिमको दौड, स्कुवा वा स्काई डाइभिड, वाटर डाइभिड, हैडग्लाइडिङ, पाराग्लाइडिङ, स्थल वा जल स्कीइङ वा अन्य कुनै खतरनाक खेलकूद वा क्रियाकलापमा भाग लिने वा कुनै जोखिमयुक्त पेशा वा उद्योगमा संलग्न हुनुहुन्छ वा सो को उत्तरदायित्व लिनुभएको छ वा लिने विचार गर्नुभएको छ वा यात्रुवाहक हवाईसेवाको नियमित उडानमा भाडा तिरी उडान गर्ने बाहेक अन्य कुनै रूपमा उडान गर्नुहुन्छ वा गर्ने विचार गर्नुभएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस्। ..... (Are you now a member of any military force or armed force, or do you now or planning to undertake or participate in any kind of racing, scuba, or sky diving, hang gliding, para gliding or any other adventurous sport or activity, involved in any kind of hazardous occupation or industry, or do you fly or planning to fly other than that of Civil Aviation Authority of Nepal? If yes, provide details.) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
४. के तपाईं वा तपाईंको बच्चा वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य कुनै पनि किसिमको राजनैतिक क्रियाकलापमा प्रत्यक्ष संलग्न वा उच्च पदस्थ व्यक्ति हुनुहुन्छ ? (Are you or your child or any member of your family directly involved in any types of political activities or is Highly Positioned Person?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
३. के तपाईं वा तपाईंको बच्चा विदेशमा बसोबास गर्ने नेपाली (गैर आवासीय नेपाली) हुनुहुन्छ वा नेपालमा बसोबास गर्ने विदेशी नागरिक हुनुहुन्छ ? (Are you or your child a Non-Resident Nepalese residing abroad or a foreign national residing in Nepal?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
५. के तपाईं वा तपाईंको बच्चा हाल बसोबास गर्नुभएको देश छोडेर आगामी १२ महिना भित्र अन्य देशमा गएर बस्ने वा अन्य देशको यात्रा गर्ने योजना बनाउनु भएको छ ? यदि छ भने तल दिइएको विवरण भर्नुहोस् : (Do you or your child are planning to leave your existing residence and residing in any other countries or are planning to travel abroad within upcoming 12 months ? If yes, please provide details as mentioned below.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>देश (Country)</b>	<b>यात्राको अनुमानित मिति (Approximate Date of Travel)</b>	<b>कारण (Reason)</b>
६. विदेशमा रहँदा नेपालमा सम्पर्क गर्नुपर्ने व्यक्तिको नाम, ठेगाना र मोबाइल नं. (Name, address and mobile no. of a person to be contacted in Nepal while residing in foreign country) : .....		

**तपाईं वा तपाईंको परिवारको सदस्यको चालु वा प्रस्तावित जीवन बीमाको विवरण (यस बाहेक) / Existing or Proposed Life Insurance Detail of You or Your Family Member (Except this)**

नाता Relation	बीमालेख नं. Policy No.	कम्पनी Company	योजना र अवधि Plan and Terms	बीमाङ्क रकम Coverage Amount	वार्षिक बीमाशुल्क Annual Premium	हालको स्थिति Current Status
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण / Personal Health Details**

	उचाई (फिट) Height (ft)	तौल (के.जी.) Weight (k.g.)	के तपाईं वा बच्चा/दम्पतीको विगत १२ महिनामा तौल घटेको वा बढेको छ ? यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्: <input type="checkbox"/> छ (Yes) Have you or child lost/gained weight during past 12 months? If yes, please mention: <input type="checkbox"/> छैन (No)
प्रस्तावक (Proposer)	.....	.....	तौल घटेको (के.जी.) Weight Loss (K.g.)
बच्चा/दम्पती (Child / Spouse)	.....	.....	तौल बढेको (के.जी.) Weight Gain (K.g.)
			प्रस्तावक (Proposer): .....
			बच्चा/दम्पती (Child/Spouse): .....
			कारण उल्लेख गर्नुहोस् (Reason):.....

**परिवारिक विवरण / Family Details**

नाता Relation	प्रस्तावकको (Proposer)				बच्चा/दम्पतीको (Child / Spouse)			
	हालको उमेर Present Age	स्वास्थ्य स्थिति Health Status	मृत्यु भएको अवस्थामा In case of death		हालको उमेर Present Age	स्वास्थ्य स्थिति Health Status	मृत्यु भएको अवस्थामा In case of death	
			मृत्यु हुँदाको उमेर Age at Death	मृत्युको कारण Cause of Death			मृत्यु हुँदाको उमेर Age at Death	मृत्युको कारण Cause of Death
बाजे / Grandfather								
बज्यै / Grandmother								
बुवा / Father								
आमा / Mother								
दाजुभाई(हरु) / Brother(s)								
दिदीबहिनी(हरु) / Sister(s)								
छोरा(हरु) / Son(s)								
छोरी(हरु) / Daughter(s)								

**१. नियमित रूपमा औषधोपचार गर्ने चिकित्सक वा स्वास्थ्य केन्द्रको नाम र ठेगाना (Name and address of doctor of health centre acquiring regular treatment, if any)**

नाम (Name): ..... ठेगाना (Address): .....

	प्रस्तावक (Proposer)		बच्चा/दम्पती (Child/Spouse)	
	छ/हो Yes	छैन/होइन No	छ/हो Yes	छैन/होइन No
२. के तपाईंले विगत १२ महिनामा धूम्रपान वा अन्य सुर्तिजन्य पदार्थ वा मदिरा वा अन्य मादक पदार्थको सेवन गर्नुभएको छ ? यदि छ भने, उल्लेख गर्नुहोस्: प्रकार..... प्रतिदिनको मात्रा ..... (Have you smoked, or consumed tobacco products or alcoholic products within last 12 months? If yes, state: Type ..... Quantity...../day.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. के तपाईं कुनै प्रकारको लागू औषध दुर्व्यसनीमा फस्नुभएको थियो वा सो को कारणले कुनै रोगको सिकार बन्नुभएको छ? यदि छ भने, विवरण दिनुहोस् । (Have you ever been engaged any form of drug abuse or have your health ever been affected due to consumption of it? If yes, please provide details.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. के तपाईंले धूम्रपान तथा मद्यपान लगायत सुर्तिजन्य पदार्थको सेवनको कारणबाट अस्वस्थ भई कहिल्यै उपचार गराउनुभएको छ, वा उपचारको क्रममा अस्पताल भर्ना हुनुभएको छ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् । (Have you ever been suffered from any types of illness due to consumption of tobacco, alcoholic products and cigattes or have been treated for or admitted at hospital? If yes, please provide details.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. के तपाईंले आफ्नो वा बच्चाको कहिल्यै कुनै औषधि वा शल्यक्रियात्मक उपचार वा अनुसन्धानात्मक चिकित्सकीय परिक्षण गराउनुभएको वा अस्पताल भर्ना हुनुभएको थियो ? वा के तपाईंलाई कुनै अनुसन्धानात्मक परिक्षण गराउन, अस्पताल भर्ना हुन वा शल्यक्रिया गराउन सल्लाह दिइएको थियो, जुन गरिएको थिएन? (Have you or your child had gone through any medical or surgical treatment or performed any investigative medical tests or admitted at hospital? Or had you missed any medical advice for performing investigative medical tests or admission or surgery?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. के तपाईंमा वा बच्चाको कहिल्यै तल उल्लेखित रोग वा गडबडी को लक्षण देखिएको छ वा सो को लागि तपाईंले कहिल्यै जाँच, उपचार वा शल्यक्रिया गराउनु भएको छ ? (Have you or your child ever had any indication of, diagnosis of, treatment or surgery for following diseases?)				
(क) बाथज्वरो उच्च वा न्यून रक्तचाप, छातीको दुखाई, हृदयघात, मुटु, रगत वा रगत नली सम्बन्धी अन्य कुनै रोग वा गडबडी (Rheumatic fever, blood pressure, chest pain, heart attack or any disorder related to heart, blood or blood vessels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ख) कुनै किसिमको अर्बुदरोग (क्यान्सर), ट्यूमर वा सिष्ट (Any form of cancer, tumor or cyst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ग) मधुमेह, थाइराइड लगायत ग्रन्थी सम्बन्धी गडबडी वा अन्य कुनै अन्तः श्राव ग्रन्थीसम्बन्धी गडबडी (Diabetes, thyroid or gland related disorder or any other endocrine disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(घ) हेपाटाइटिस वा क्लेजो, आमाशय तथा पेट सम्बन्धी अन्य रोग वा गडबडी (Hepatitis or any other liver disease, intestine or stomach related disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ङ) मृगौला, मूत्रीय रोग वा प्रजननाङ्ग सम्बन्धी कुनै रोग (Any kidney, urinary or reproductive disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(च) घात, छारेरोग, पक्षघात वा अन्य कुनै स्नायु सम्बन्धी रोग (Stroke, epilepsy, paralysis or any othre nervous disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(छ) कुनै प्रकारको रगत सम्बन्धी रोग (Any other disease related to blood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			छ/हो Yes	छैन/होइन No	छ/हो Yes	छैन/होइन No
(ज) दम, क्षयरोग, श्वास-प्रश्वास वा फोक्सो सम्बन्धी रोग (Asthma, tuberculosis, any respiratory or lung disease)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(फ) व्यग्रता र डिप्रेसन लगायत मानसिक वा मनोवैज्ञानिक रोग (Mental or psychiatric illness including anxiety or depression)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ज) मांसपेशी, मेरुदण्ड, जोर्नी र हातखुट्टा सम्बन्धी कुनै प्रकारको रोग (Any disease or disorder of the muscles spine, joints and limbs including loss of feeling or tremor)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ट) अत्याधिक मदिरापान, धूम्रपान वा लागूऔषध दुर्व्यसनी (Excessive consumption of alcohol, smoking and drug abuse)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ठ) कुनै दीर्घरोग, दुर्बलता, कुनै किसिमको आँखा, श्रवण, वा वाक सम्बन्धी रोग वा माथि उल्लेख नभएको अन्य कुनै रोग वा घाउचोटपटक (Any chronic condition, infirmity, any form of eye disease, hearing or speech disorder or injury not mentioned above)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ड) अन्य कुनै रोग वा वा गडबडी वा लक्षण (Any other disease or disorder or symptoms)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. के तपाईंको बच्चा वा तपाईंले एड्स, एड्ससँग सम्बन्धित जटिलता वा एड्ससँग सम्बन्धित अन्य कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्नुभएको छ, वा तपाईंको एड्स परिक्षण सकारात्मक पाइएको वा तपाईंलाई बढी थकाई लाग्ने, तौल घट्ने बराबर पखाला लागि रहने, लिम्फ ग्रन्थी बढेको वा अस्वभाविक चर्मरोग आदि भएको छ ? (Have you or your child ever consulted or been treated for HIV AIDs, AIDs related complexities or Sexually transmitted diseases or your HIV report had seen positive or have you had unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, or unusual skin diseases?)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. के तपाईं वा तपाईंको बच्चा पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यस अघिको विरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भैसक्नु भएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् । (Are you or your child perfectly healthy? And have you recovered from any previous illness or injury? If not, give full details.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
९. के तपाईंको कुनै नजिकको नातेदार माथि स्वास्थ्य विवरणको २ देखि ६ मा उल्लेखित अवस्थाबाट कहिल्यै पीडित भएको वा मृत्यु भएको छ ? यदि हो भने तल विवरण दिनुहोस् : (Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions stated in 2 to 6 above? If yes, please provide the details below:)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नातेदार (Family Member)	उमेर (Age)	स्वास्थ्य अवस्था / मृत्युको कारण (Health Status/Cause of Death)	रोग पत्ता लागेको उमेर (Age at Time of Diagnosis)	मृत्यु हुँदाको उमेर (Age at Death)		
<b>१०. महिला प्रस्तावकको लागि मात्र / For Female Proposer Only</b>					<b>छ (Yes)</b>	<b>छैन (No)</b>
क. के तपाईं कहिल्यै Pap Smear गराउनु भएको छ जुन ६ महिना भित्र पुनः दोहर्‍याउन सल्लाह दिएको थियो वा जुन असामान्य पाइएको थियो ? (Have you ever had a Pap Smear which you were advised to repeat within 6 months, or was found to be abnormal?)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ख. के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? यदि हो भने कति महिनाको भयो ? (Are you pregnant? If yes, how many months?)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ग. के तपाईंलाई कहिल्यै गर्भपतन वा अन्य कुनै असामान्य किसिमको प्रसूती भएको वा छाती वा स्त्रीअंगहरु सम्बन्धी कुनै रोग वा विसञ्चो भएको छ ? (Have you ever had miscarriage/abortion or other complication at childbirth or disorder of the breast or female organs?)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
घ. तपाईं पछिल्लो पटक प्रसूति/महिनावारी भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् (Last date of your delivery/menstruation): .....						
माथि कुनै प्रश्नको उत्तर "छ" वा "हो" दिइएको भए विवरण दिनुहोस् साथै टेष्ट रिपोर्ट र डाक्टर पर्चा पनि साथै बुझाउनुहोला । (Provide details of any "Yes" answer(s) for above questions and also provide medical test reports and doctor prescription):						
प्रश्न नं. Question No.	मिति Date	डाक्टर(हरु), अस्पतालको नाम, सम्पर्कको कारण, परिणाम, परीक्षण, रोगको निदान तथा उपचार एवं हालको अवस्था Name of doctor(s), hospital(s), address and reason for consultation, test results, treatment and current condition				

#### म्यादि जीवन बीमा योजना / Term Life Plan

के तपाईं म्यादि जीवन बीमा योजना पनि लिनका लागि प्रस्ताव गर्नुहुन्छ ? गर्नुहुन्छ भने निम्न विवरण भर्नुहोला :  गर्छु Yes  गर्दिन No

**Do you also propose for opting Term Life Assurance policy? If yes, please fill below details:**

बीमा अवधि (Term of Insurance) : ..... बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका / Mode of Payment: **वार्षिक (Yearly)**

बीमा रकम (Amount of Insurance): अंकमा (In Figure): ..... अक्षरमा (In Words): .....

पूरक लाभहरु (Rider Benefits) : .....

#### बैंक खाता सम्बन्धी विवरण / Bank Account Details

यस कम्पनीबाट मेरो नाममा भुक्तानीहुने सम्पूर्ण रकमहरु निम्न विवरण अनुसारको मेरो बैंक खातामा जम्मा गरिदिनुहुन अनुमति प्रदान गर्दछु :  
I hereby authorize to deposit all my proceeds in the bank account as provided below:

बैंकको नाम (Bank Name): ..... शाखा (Branch): .....

खाता नं (Account No.): .....

#### कम्पनीको अनुमोदनको लागि मात्र / For Company Endorsement only (if any):

.....

.....

**घोषणा / Declaration**

म यो घोषणा गर्दछु कि यस प्रस्तावमा सोधिएका प्रश्नहरूका जवाफहरू सत्य तथा पूर्ण छन् । यदि माथि उद्घोष गरिएका जवाफहरू असत्य/अपूर्ण वा लुकाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा यस जीवन बीमा करार सुर्खेख नै बदर हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले पूर्णरूपमा बुझेको छु र बदर भएको बीमालेखले कम्पनी प्रति भविष्यमा कुनै दावी भुक्तानी गर्नुपर्ने वा बीमाशुल्क फिर्ता गर्नुपर्ने दायित्व श्रृजना हुने छैन । प्रस्ताव पेश भएको मितिपछि तथा प्रथम बीमाशुल्कको रसिद जारी हुनुभन्दा अगाडि प्रस्तावित बीमित(हरू)को पेशा परिवर्तन भएमा वा स्वास्थ्य स्थितिमा कुनै प्रतिकूल अवस्था उत्पन्न भएमा र प्रस्तावमा घोषणा गरिएका कुनै पनि कुरा परिवर्तन भएमा कम्पनीलाई तुरुन्तै सोको जानकारी गराउनु पर्नेछ र नगराएमा बीमालेख बदर हुनसक्नेछ र बदर भएको बीमालेखले कम्पनी प्रति भविष्यमा कुनै दावी भुक्तानी गर्नुपर्ने वा बीमाशुल्क फिर्ता गर्नुपर्ने दायित्व श्रृजना गर्ने छैन । म यो घोषणा गर्दछु कि म र बीमाको लागि प्रस्तावित मेरा परिवारका सदस्यहरू/बच्चा पूर्ण स्वस्थ छौं र म मञ्जुर गर्दछु कि प्रस्ताव भरि सकेपछि प्रस्तावित बीमित(हरू)को बीमा योग्यरहितमा कुनै परिवर्तन नभएको अवस्थामा यस प्रस्ताव अनुसार बीमालेखको प्रथम बीमाशुल्क पूर्ण रूपमा चुक्ता भुक्तानी नभइकन बीमाको कुनै करार भएको मानिने छैन । म यो घोषणा गर्दछु कि यस प्रस्तावको साथै माग गरिएको कुनै स्वास्थ्य परीक्षण, प्रश्नावली संशोधनहरूमा दिईएका सबै विवरण र जवाफहरू पूर्ण र सत्य छन् र आवेदित बीमालेखमा स्वार्थ भएका सबै पक्षलाई लागु हुनेछन् । मैले यो बुझेको छु कि कम्पनीको अधिकार कम्पनीको अधिकार प्राप्त अधिकृत बाहेक अन्य कुनै व्यक्ति, अभिकर्ता वा स्वास्थ्य परीक्षकलाई करार गर्न, करार तोड्न वा कुनै प्रस्ताव, बीमालेख र रसिदका कुनै शर्त वा प्रावधानहरू हटाउन वा परिवर्तन गर्न वा जोखिम ग्रहण गर्न वा बीमायोग्यरहितमा हटाउन पाउने अधिकार हुने छैन, मैले यो पनि बुझेको छु कि कुनै अभिकर्ता वा स्वास्थ्य परीक्षकलाई दिइएको सूचना वा जानकारीलाई यस प्रस्ताव वा यसैको अंग हुने कुनै स्वास्थ्य परीक्षणमा उल्लेख नभएसम्म कम्पनीलाई दिईएको सूचना वा जानकारी भनी मानिने छैन । मैले यो पनि बुझेको छु की नाबालिकलाई ऋण लिने, समर्पण गर्ने, नामसारी गर्ने वा स्वामित्वका अन्य सुविधाको अधिकार हुने छैन, मैले यो पनि बुझेको छु कि यस प्रस्ताव अनुसार जारी हुने कुनै बीमालेख "कम्पनीको अनुमोदनको लागि मात्र" भनी खाली राखिएका ठाउँमा उल्लेख गरी कम्पनीद्वारा यस प्रस्तावमा गर्न सकिने संसोधन वा परिवर्तनहरू समेतका आधारमा जारी गरिने छ । म यो घोषणा गर्दछु कि मेरो वा बीमाको लागि प्रस्तावित मेरा परिवारका सदस्यहरू/ बच्चाको स्वास्थ्य सम्बन्धी पूर्व विवरण वा अस्पताल भर्ना, औषधोपचार सम्बन्धी कुनै अभिलेख वा अन्य कुनै जानकारी कुनै पनि डाक्टर, अस्पताल, बीमा कम्पनी वा अन्य संस्थासँग भएमा सानिमा रिलायन्स लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई उपलब्ध गराउन व्यवसायिक गोपनीयताको दायित्वबाट छुट हुनेछ र सो उपलब्ध गरइदिनको लागि मैले अधिकार प्रदान गरेको छु । म सानिमा रिलायन्स लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई कम्पनीले उपयुक्त ठानेको कुनै पनि स्रोतबाट मेरो आर्थिक र/वा व्यवसायिक अवस्था साथै सवारी चालक सम्बन्धी विवरण बारेको जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु । यो अधिकार पत्रको फोटोकॉपी सक्कल सरह मान्य हुनेछ । म यो पनि घोषणा गर्दछु कि, मैले पुरै प्रस्ताव पढी/पढाई राम्रोसँग बुझी सहिछाप गरेको छु ।

I declare that the answers to the questions asked in this proposal are true and complete. If the answers declared above are proved to be false/incomplete or hidden/concealed, I fully understand that this life insurance contract will be void from the beginning and the void insurance policy will not create any liability to the company to pay any future claim or refund of the insurance premium. Any change in occupation or health condition of the proposed insured(s) and in any of the declaration made in the proposal, after the date of proposal and before the issuance of first premium receipt, must immediately be notified to the Company. Failure to such notification will invalidate the policy and the invalidated policy will not make Company liable to pay any future claim or refund of premium. I hereby declare that I and my child/family member proposed for insurance are in good health and agree that there shall be no contract of insurance unless full first premium actually paid thereon provided on change shall have occurred in the insurability of the proposed insured(s) since completion of this proposal. I hereby declare that all statements and answers in this proposal together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true and bind all parties in interest under the policy herein applied for. I understand that no agent or medical examiner or other person except an authorized officer of the Company is permitted to make or discharge contracts or waive or change any of the conditions or provisions of any proposal, policy, or receipt, or to accept risks or pass upon insurability; that notice to or knowledge of any agent or medical examiner is not notice to or knowledge of the Company unless stated in either this proposal or any medical examinations considered as part of it. I understand that no right to borrow, surrender or assign or other privilege of ownership may be exercised by a minor; and that acceptance of any policy issued on this proposal shall be a ratification of any correction or changes to this proposal which the Company may make in the space entitled "For Company Endorsement". I hereby declare any physician and/or Hospital and/or Clinic and/or Insurance Company and/or other organization that has any records or knowledge of me and my child/family members proposed for insurance (if any) from professional secrecy and hereby authorize such person and/or entities to give to Sanima Reliance Life Insurance Limited any and all information about me and/or my child/family member proposed for insurance and copy of records with reference to our health and/or medical history and /or hospitalization, medical diagnosis treatment, disease and /or ailment. I also authorize Sanima Reliance Life Insurance Limited to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financial and/or professional and/or personal status, as well as information related to my driving, history. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I also declare that, I have personally gone through/read the text of the proposal and fully understood it's content before putting my signature.

**भुक्तानी गर्ने व्यक्ति (प्रस्तावित बीमित बाहेक अन्य भए, आश्रितको हकमा मात्र) / Payer's Details (If other than Proposer, In case of Dependent only)**

नेपालीमा पुरा नाम: ..... Full Name In English (BLOCK LETTERS): .....  
 प्रस्तावक संगको नाता (Relationship with Proposer): ..... बीमाको विवरण, यदि भए (Insurance Detail, if any): .....

हस्ताक्षर (Signature): .....

दस्तखत गरेको स्थान (Place-Signature Signed): ..... मिति (Date): .....  
 (गाउँ/शहर र जिल्ला) (Village/Town & District)

प्रस्तावकको आफ्नै हस्ताक्षरमा पूरा नाम र दुई दस्तखतहरू  
 (Full Name of Proposer in Own Handwriting and Two Signatures)

नाम (Name): .....

दस्तखत १ (Signature 1)	दस्तखत २ (Signature 2)

**नाबालिक/दम्पतीको लागि मात्र (For Minor / Spouse Only)**

दम्पतीको आफ्नै हस्ताक्षरमा पूरा नाम र दुई दस्तखतहरू  
 (Full Name of Spouse in Own Handwriting and Two Signatures)

नाम (Name): .....

दस्तखत १ (Signature 1)	दस्तखत २ (Signature 2)

नाबालिकको लागि, बच्चाको पूरा नाम र बायाँ औंठाको छाप लगाउनुहोला ।  
 (For Minor, Full Name and Left Thumb Print of Child)

**साक्षी / Witness**

नोट: अभिकर्ता स्वयं प्रस्तावक भएमा अन्य कुनै व्यक्ति साक्षी बस्नुपर्ने छ । (Note: If Agent him/herself is Proposer, then the witness should be some other person.)

हस्ताक्षर (Signature): ..... नाम थर (Full Name): ..... ठेगाना (Address): .....

**कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र / For Official Use Only**

कर्मचारीको नाम (Employee Name): ..... कर्मचारीको कोड (Employee Code): ..... शाखा (Branch): .....

# ग्राहक पहिचान विवरण

(सम्पत्ति शुद्धिकरण तथा आतङ्कवादी क्रियाकलापमा वित्तिय लगानी निवारण निर्देशन, २०७५ को दफा ४ संग सम्बन्धित)



## (प्रस्तावकले भर्नुपर्ने)

विवरण	पुरा नाम	नागरीकता प्र. नं. / जारी मिति / स्थान र कार्यालय	साल	जन्म मिति महिना	गते		
बीमा प्रस्तावकको							
बीमा चाहने व्यक्तिको (प्रस्तावक र प्रस्तावित बीमित फरक भएमा)							
बाजेको नाम:		नागरिकता नं.:					
बाबु/आमाको नाम:		नागरिकता नं.:					
श्रीमान/श्रीमतीको नाम:		नागरिकता नं.:					
छोरा/छोरी (हर) को नाम:		नागरिकता नं.:					
ठेगाना	घर नं.	टोल/गाउँ	बडा नं.	गा.पा./न.पा.	जिल्ला	प्रदेश/अञ्चल	फोन नं.
स्थायी							
अस्थायी							
मोबाइल नं.:				ईमेल:			
पेशा:		कार्यालय / व्यवसायको नाम र ठेगाना:					
पद:	फोन नं.:	वार्षिक आय:		आयको श्रोत(हर):			
परिवार संख्या र उमेर:							
परिवारमा अन्य आय आर्जन गर्ने व्यक्ति भए उल्लेख गर्नुहोस्:							
नाम	नाता	पेशा/आयको श्रोत		वार्षिक आय			
बहालमा बसेको भए घरधनीको नाम र सम्पर्क नं.:		अधिकर्ताको नाम, ठेगाना तथा फोन नं.:					
नजिकको मूलसडकबाट प्रस्तावकको वासस्थानसम्मको मार्ग चित्र:							

## स्वघोषणा

माथि उल्लेखित विवरणहरू ठीक साँचो हो । म कुनै पनि किसिमको सम्पत्ति शुद्धिकरण र आतङ्ककारी/आपराधिक क्रियाकलाप लगायतका गैरकानूनी कार्यहरूमा संलग्न/कसुरवार ठहरिएको छैन । यस बीमालेख अन्तर्गत मैले बीमाशुल्क वापत बुझाएको रकम कानूनी रूपमा आर्जन गरेको हो । उक्त रकम सम्पत्ति शुद्धिकरण लगायत अन्य कर छुली, भ्रष्टाचार लगायतका कसुरबाट आर्जन गरेको होइन । सम्पत्ति शुद्धिकरण संग सम्बन्धित प्रचलित कानून अन्तर्गत उक्त श्रोतहरूको सम्बन्धमा पछि बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै आधिकारिक निकायबाट गरिने अनुसन्धानमा मेरो मञ्जुरी छ ।

प्रस्तावकको हस्ताक्षर: .....  
मिति : ..... ठेगाना: .....

दायाँ	बायाँ

## कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा :	सम्पत्ति शुद्धिकरण सुरक्षा (AML Safety) सम्बन्धमा :
जोखिम वर्गिकरण : न्युन / मध्यम / उच्च	अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए :
प्रमाणीकरण गर्ने कर्मचारीको	
नाम :	पद :
हस्ताक्षर :	

नोट: संघ संस्था, कार्यालय, साभेदारी फर्म आदि भए दर्ता प्रमाण पत्र, साभेदारको परिचय खुलाउने कागजात तथा सो सम्बन्धमा आवश्यक कागजात (कार्यालयले माग गरे अनुरूप) पेश गर्नुपर्नेछ ।

# अभिकर्ताको प्रतिवेदन

## Agent's Report

प्रस्तावकको नाम (Name of the Proposer): .....

बच्चा/दम्पतिको नाम (Name of the Child / Spouse): .....

	छ/हो (Yes)	छैन/होइन (No)
१. के तपाईं आफैले बीमाको लागि आवेदक/बच्चालाई भेट्नु भएको हो ? (Did you personally see the applicant / child for insurance?)		
२. के तपाईं आवेदक/बच्चाको परिचयबाट पूर्ण सन्तुष्ट हुनुहुन्छ ? (Are you fully satisfied with the identity of the applicant / child?)		
३. के आवेदक/बच्चा स्वस्थ देखिएका छन् तथा शारिरीक र मानसिक रूपमा तन्दुरुस्त छन् ? (Did applicant/child appear healthy, physically and mentally sound ?)		
४. बीमाको लागि आवेदक/बच्चा कहिल्यै बिरामी भएको वा चिकित्सकसँग सल्लाह लिएको सम्बन्धमा तपाईंलाई जानकारी छ ? (Do you know if the applicant / child has ever been sick or consulted a doctor for insurance?)		
५. के तपाईंलाई आवेदक/बच्चाको रहनसहन, भौतिक स्थिति, व्यवसाय, बानी व्यहोरा, व्यक्तिगत वा पारिवारिक इतिहास सम्बन्धी कुनै अप्रिय कुराको बारेमा केहि थाहा छ वा शंका लागेको छ ? छ भने विवरण दिनुहोस् । (Do you know or suspect anything unfavorable in applicant's / child's manner or place of living, physical condition, occupation, habits, personal or family history? If yes, provide details) .....		
६. के आवेदक र तपाईं नातेदार हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने नाता उल्लेख गर्नुहोस् । (Are the applicant and you related? If yes, mention the relationship.) .....		
७. आवेदक/बच्चालाई कहिलेदेखि चिन्नुभएको हो तथा वहाँको बारेमा तपाईंलाई कतिको जानकारी छ ? यदि आवेदक/बच्चसँग हालसालै चिनाजानी भएको भए कहिले र को द्वारा ? (How long and well have you known applicant / child? If the applicant/child was recently acquainted, when and by whom?) .....		
८. आवेदकको पेशा/व्यवसाको बारेमा विवरण (संस्थाको नाम तथा ठेगाना) दिनुहोस् र सबै श्रोतहरूबाट हुन आउने वार्षिक आम्दानी उल्लेख गर्नुहोस् । (Give details about the applicant's profession/business (name and address of the organization) and mention the annual income from all sources.) .....		
९. आवेदक/बच्चाको अनुमानित उमेर कति छ ? उल्लेखित उमेरभन्दा बढी/घटी देखिन्छ कि ? यदि देखिन्छ भने कति वर्षले ? (What is the approximate age of the applicant/child? Does it look more/less than the mentioned age? If so, how many years?) .....		
१०. कम्पनीको अभिकर्ताको हैसियत बाहेक तपाईंले प्रस्तावित जीवन बीमा गराउन अरु कुनै कारणबाट दिलचस्पी लिनु भएको हो कि ? (Apart from being an agent of the company, are you interested in getting the proposed life insurance for any other reason?) .....		
११. आवेदक/बच्चाले जीवन बीमा गराउनुको उद्देश्य के हो ? (What is the purpose of the applicant/child getting life insurance?) .....		
१२. जीवन बीमाको लागि आवेदक/बच्चा योग्य छ भन्ने कुरामा के तपाईं सहमत हुनुहुन्छ र बीमालेख जारी गर्नको लागि सिफारिस गर्नुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन (Do you agree that the applicant/child is eligible for life insurance and recommend for issuance of policy?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
१३. गणना गरिएको बीमाशुल्क (Calculated Premium): .....		
१४. थप जानकारी (केहि भए) / Additional information (if any): .....		

म यो प्रमाणित गर्दछु कि माथि उल्लेखित आवेदन र यस प्रतिवेदनमा उल्लेखित प्रश्नहरूको जवाफ मैले जाने बुझे सम्म सत्य र साँचो छन् र यसमा उल्लेख नगरिएका जोखिमहरूले हानी नोक्सानी पुऱ्याउन सक्ने कुनै कुराको जानकारी छैन । यदि जानी बुझी भुठो विवरण पेश गरेको प्रमाणित भएमा कम्पनीले प्रचलित कानून बमोजिम गर्ने कारवाही मलाई मन्जुर छ ।  
I hereby certify, that the answers to the questions in the application and this report are correct to the best of my knowledge and belief, that know nothing detrimental to the risk that is not recorded herein. If it is proven that the false information was submitted knowingly, I agree for the action taken by the Company according to the prevailing law.

अभिकर्ताको पूरा नाम (Full Name of Agent): .....

कोड नं. (Code No.): .....

मिति (Date): .....

स्थान (Place): .....

अभिकर्ताको दस्तखत (Agent Signature): .....