



क्रेस्ट माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

रजिष्टर्ड कार्यालय: विरेन्द्रनगर-६, सुर्खेत

फोन नं.: ०८३-५९०६२२ (HO), ०१-५९१६७४० (Bagmati RO), पो.ब.नं. ७७३५, ईमेल: info@cmlife.com.np
(कम्पनी ऐन २०६३ अन्तर्गत स्थापित र नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट इजाजतपत्र प्राप्त)

फोटो

लघु जीवन बीमा प्रस्ताव फारम

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

प्रस्ताव नं.

शाखा कार्यालय..... अभिकर्ताको नाम..... अभिकर्ताको कोड नं.....

१. बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

(क)	नाम, थर:				
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER				
(ग)	स्थायी ठेगाना :	प्रदेश:	जिल्ला:	न.पा/गा.पा:	वडा नं.:
	अस्थायी ठेगाना:	प्रदेश:	जिल्ला:	न.पा/गा.पा:	वडा नं.:
(घ)	सम्पर्क नं.:	ईमेल:	राष्ट्रियता:	शैक्षिक योग्यता:	
(ङ)	जन्म मिति:	उमेर:	लिंग:	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य
(च)	पेशा सम्बन्धी विवरण (आम्दानीको स्रोत):				
(छ)	सबै श्रोतबाट सालाखाला वार्षिक आय:				

२. जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस्

(क)	बीमा योजना:	(ख) बीमा अवधि:	(ग) बीमाशुल्क भुक्तानी अवधि:
(घ)	बीमा रकम:	अंकमा:	
		अक्षरमा	
(ङ)	माग गरिएको पूरक करार (चाहिँएमा चिन्ह लगाउनु होला): अ. दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB): <input type="checkbox"/> बीमा रकम आ. स्थायी अपाङ्गता सुविधा (PTD) र बीमाशुल्क छुट सुविधा (PWB): <input type="checkbox"/> बीमा रकम		
(च)	म्यादी लघु जीवन बीमा: <input type="checkbox"/> चाहान्छु <input type="checkbox"/> चाहान्त		
(छ)	बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका: <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> अर्धवार्षिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक <input type="checkbox"/> मासिक		
(ज)	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ?		
	इच्छाएको व्यक्तिको पूरा नाम, थर	ठेगाना	बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बिचको नाता

३. बीमित/प्रस्तावक महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण

(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने कति महिना भयो ?	
(ख)	तपाईंलाई कहिल्यै गर्भपतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसूति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस् ।	

४. बालवच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नुपर्ने विवरण

(क)	बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :				
(ख)	NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER :				
(ग)	जन्म मिति:	उमेर:	लिंग:	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य
(घ)	राष्ट्रियता :	स्वास्थ्य स्थिति:			
(ङ)	प्रस्तावक र बीमितको नाता सम्बन्ध:				

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

५. बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले/प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

१	नाम, थर :	
२	(क) तपाईंको उचाई कति छ ?.....(फिट).....(इन्च)	(ख) तपाईंको वजन कति छ ?.....(के.जी.)
३	(क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन	(ख) तपाईं धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन
	(ग) तपाईं हाल लागूपर्दाथ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस्).....	
४	(क) के तपाईं/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस ।	
	(ख) तपाईं वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसैबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? यदि छ भने सो को कारण र औषधिको किसिमको बारेमा जानकारी दिनुहोस ।	

६. बीमा गर्न चाहने नाबालक सम्बन्धी प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

(क)	बीमा गरिने नाबालक बच्चाको पूरा नाम, थर:		
(ख)	के नाबालक बच्चालाई रोगसँग प्रतिरक्षण गर्ने खोप दिइएको छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	(ग) उचाई:	फिट इन्च तौल: केजी:
(घ)	बीमा गर्न चाहने नाबालक पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस ।		

अभिकर्ता प्रतिवेदन फारम

१.	प्रस्तावकलाई कहिले देखि चिन्नुहुन्छ ? यदि प्रस्तावक सँग हालसालै चिनापर्ची भएको भए कहिले र को द्वारा भएको हो ? यदि नातेदार भए उल्लेख गर्नुहोस् ।
२.	तपाईंलाई बीमितको जीवन बीमा गर्दा जोखिम वृद्धि गराउन असर पर्ने तथा बीमा प्रस्ताव छानविन गर्दा विशेष ध्यान दिनपर्ने खालको निजको पेशा वा आर्थिक, शारीरिक, सामाजिक तथा अन्य स्थिति बारे केही जानकारी छ कि ?
३.	जीवन बीमाको लागि बीमित योग्य छ भन्ने कुरामा के तपाईं सहमत हुनुहुन्छ ?

उद्घोषण

म/बीमा चाहने व्यक्ति यो उद्घोषण गर्दछु/गर्दछौं कि यसमा लेखिएको विवरण ठिक साँचो छ, भुङ्गा ठहरे कानून बमोजिम सहुला बुझाउँला । यो प्रस्ताव तथा संलग्न कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र केस्ट माइको लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीचको करारको आधार हुनेछ । यसमा उल्लेख भएका तथ्यहरू दवाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको र केस्ट माइको लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरामा पूर्ण जानकारी छु र कम्पनीले दावी भुक्तानी नगरे मेरो कुनै पनि दावी विरोध हुनेछैन । बीमा प्रयोजनको लागि कुनै पनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिको सम्बन्धमा कुनै पनि बीमक, चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग स्वास्थ्य तथा अन्य सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्न र आर्थिक, प्रशासनिक तथा अपराधिक पृष्ठभूमि अनुसन्धान गर्न/गराउन सक्ने गरि केस्ट माइको लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडलाई अख्तियारी प्रदान गर्दछु । त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याएको विषयमा कुनै कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई उजुर गर्ने छैन ।

अभिकर्ताको

दस्तखत:

नाम:

अभिकर्ता कोड नं.

संस्थागत अभिकर्ता भएमा संस्थाको छाप

जीवन बीमा प्रस्तावकको

दस्तखत:

नाम:

ठेगाना:

नोट: जीवन बीमा चाहने व्यक्ति र प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको रोहवरमा सहिछाप गर्नु होला ।

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको

दस्तखत:

नाम:

ठेगाना:

मिति :

(कम्पनीको अधिकार प्राप्त व्यक्तिद्वारा भरिनुपर्ने)

म प्रस्तावकको चिनारीबाट सन्तुष्ट छु तथा आफ्नो स्वतन्त्र छानविनको आधारमा उद्घोषण गर्दछु कि माथि उल्लेखित विवरणहरू मैले जाने बुझे सम्म सत्य छ ।

अधिकार प्राप्त व्यक्तिको दस्तखत

दस्तखत:

मिति:

नाम:

शाखा:

पद: