

जीवन बीमा प्रस्ताव फाराम

प्रस्ताव नं.

(कृपया सफासँग लेख्नुहोस् कुनै केरमेट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस्, संकेतमा फर्म नभर्नुहोस्, फरक मसी र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस् ।)

अभिकर्ता इजाजतपत्र नं.

शाखा कार्यालय

अभिकर्ताको नाम

बीमा गर्न चाहने व्यक्ति (बीमित) सम्बन्धि विवरण:

१.	क) नाम, थर					
	ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS					
	ग) स्थायी ठेगाना :					
	अञ्चल :	जिल्ला :	न.पा./गा.पा. :	वडा नं. :	ब्लक नं.	इमेल
	घ) हालको ठेगाना: अञ्चल:	जिल्ला:	न.पा./गा.पा. :	वडा नं.	ब्लक नं.	
	ङ) पत्राचार गर्ने ठेगाना					
	च) जन्म मिति	उमेर	उमेर सम्बन्धी प्रमाण:	लिङ्ग:		
	छ) राष्ट्रियता:	शैक्षिक योग्यता	फोन नं.	मोबाइल नं.		
	ज) पेशा सम्बन्धि विवरण(आम्दानीको श्रोत)					
	१. व्यापार व्यवसाय प्रकृति समेत उल्लेख गर्ने ।					
	२. नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना समेत उल्लेख गर्ने)					
	३. कृषि (व्यवसाय प्रकृति उल्लेख गर्ने)					
	४. अन्य - आय आर्जनको प्रकृति उल्लेख गर्ने)					
	झ) वार्षिक आम्दानी रु.	अक्षरमा				
	जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।					
	क) बीमा योजनाका किसिम:					
	ख) बीमा अवधि	वर्ष	बीमाशुल्क भुक्तानी अवधि:	वर्ष		
	ग) बीमाङ्क	अंकमा	अक्षरमा			
	घ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक				
२.	ड) पूरक करार सविधा					
	क) दुर्घटना मृत्यु लाभ (Accidental Death Benefit Rider)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
	ख) बीमाशुल्क मिनाहा लाभ (Premium Waiver Benefit Rider) / आम्दानी लाभ सविधा (Income Benefit Rider)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
	ग) एकमुष्ट भुक्तानी लाभ (Lump-Sum Amount Benefit Rider)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
	घ) काजकिया खर्च सविधा (Funeral Expenses Rider)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
	ङ) घातक रोग करार पूरक सविधा (Critical Illness Rider)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
	च) अन्य (Others)(ADB+PTD+PWB)	चाहन्छु/चाहन्न	बीमाङ्क रु.			
३.	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छा उनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल्नु सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भईसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम नेपाल बीमा प्रधिकरण ऐन २०७९ को दफा १२७ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिनेछ) नोट: बालबच्चा सम्बन्धी बीमा योजना छान्नु भएमा बुँदा नं. (३) भर्न आवश्यक नहुने ।	इच्छाएको व्यक्तिको हकमा पहिचान सम्बन्धी कागजात (नागरिकता वा सरकारी निकायबाट जारी परिचय खुल्ने अन्य कागजात) पेश गर्नुहुनका साथै रु पच्चीस लाख भन्दा बढी बीमाङ्क कायम गरी जारी हुने जीवन बीमालेख इच्छाएको व्यक्तिसँगको सम्बन्ध खुल्ने कागजात पेश गर्नुपर्नेछ । इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर (नागरिकता वा जन्मदर्ता अनुसार लेख्नु पर्ने)				
		इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना				
		इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम:				
		बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बीचको नाता :				
		बीमा चाहने व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति (PEPs) <input type="checkbox"/> भएको <input type="checkbox"/> नभएको				
		इच्छाएको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति (PEPs) <input type="checkbox"/> भएको <input type="checkbox"/> नभएको				
		उच्च पदस्थ व्यक्ति (PEPs) भए सो सम्बन्धित अन्य व्यहोरा सहितको अतिरिक्त फाराम भर्नुहान ।				
४.	बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?					
	क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा सञ्चालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	क)				
	ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने	ख)				
	ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने	ग)				
५.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस बीमक वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को देहाय बमोजिम विवरण दिनुहोस् ।					
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?
						हालको स्थिति (चालु वा व्यति)
६.	तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त बाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।					

७.	स्वास्थ्य विवरण:	
	क) के तपाई अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको विरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नु भएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	
	ख) अक्सर तपाईलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।	
	ग) तपाईले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? छ भने कुन किसिमको विरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?	
	प्रस्तावक/बीमित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :	
	क) के तपाई गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस् ।	
	ख) पछिल्लो पटक प्रसुति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।	
८.	ग) गर्भ पतन वा अन्य किसिमको असामान्य किसिमको प्रसुति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस् । <input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> शल्यक्रिया
	तपाई (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/अभिभावकको जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् । कम्पनीको नाम प्रस्ताव/बीमालेख नं. बीमा योजना बीमाङ्क हालको स्थिति चालु वा ब्यतित	
	प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा मात्र भर्नुपर्ने विवरण:	
	क) प्रस्तावकको नाम, थर:	
	ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS:	
	ग) स्थायी ठेगाना:	फोन नं. इमेल
	अञ्चल: जिल्ला: न.पा./गा.पा.: वडा नं.: मोबाइल नं.	
	घ) हालको ठेगाना:	फोन नं. इमेल
	अञ्चल: जिल्ला: न.पा./गा.पा.: वडा नं.: मोबाइल नं.	
	ड) जन्म मिति: ना.प्र.नं. उमेर लिङ्ग :	
	च) राष्ट्रियता : शैक्षिक योग्यता: स्वास्थ्य स्थिति:	
	छ) पेशा तथा व्यवसाय सम्बन्धी विवरण: (प्रस्तावकको पेशासँग सम्बन्धित संस्थाको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)	पेशा/व्यवसायको प्रकृति:
९.	ज) सवै श्रोतबाट सालखाला मासिक आय: रु.	हालको पेशा वा व्यवसायको अवधि:
	झ) प्रस्तावक र बीमितको नाता:	
	ञ) प्रस्तावक व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति (PEPs) <input type="checkbox"/> भएको <input type="checkbox"/> नभएको उच्च पदस्थ व्यक्ति (PEPs) भए सो सम्बन्धि अन्य व्यहोरा सहितको अतिरिक्त फाराम भर्नुहनु ।	
	बालबच्चा सम्बन्धि बीमा योजनाको निम्ति मात्र भर्नु पर्ने । निम्न लिखित थप सुविधा लिने भए छनौट गर्नुहोस् ।	
	क) एकमुष्ठ भुक्तानी लाभ (Lump-Sum Amount Benefit) र बीमाशुल्क मिनाहा लाभ (Premium Waiver Benefit) र आम्दानी लाभ सुविधा (Income Benefit)	चाहन्छु/चाहन्न बीमाङ्क रु.
	ख) काजकिया खर्च सुविधा (Funeral expenses Rider)	चाहन्छु/चाहन्न बीमाङ्क रु.
	ग) दुर्घटना मृत्यु लाभ (Accidental Death Benefit Rider)	चाहन्छु/चाहन्न बीमाङ्क रु.
	घ) घातक रोग करार पूरक सुविधा (Critical Illness Rider)	चाहन्छु/चाहन्न बीमाङ्क रु.
	ड) अन्य (Other)	चाहन्छु/चाहन्न बीमाङ्क रु.
१०.	कैफियत :	

बीमा गर्न चाहने नाबालक सम्बन्धी प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

F.N. 002A

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

क) प्रस्तावकको पूरा नाम, थर :	क)
ख) बीमा चाहने व्यक्ति (नाबालक बच्चा) को पूरा नाम, थर :	ख)
ग) नाबालक बच्चा (बीमित) को जन्म स्थान: अस्पताल वा निवास:	ग) अस्पतालको नाम र ठेगाना:
घ) के बच्चालाई रोगसँग प्रतिरक्षण गर्ने खोप या सुई दिइएको छ ?	घ)
ड) बच्चा जन्मदाको तौल एवं उचाई कति थियो ?	ड)
च) विगत १ वर्ष भित्र बच्चाको घरमा कुनै बच्चा वा अरु कोही संक्रमण सरुवा रोगको पिडित हुनुहुन्थ्यो ?	च)
छ) के बच्चा अंगभंग, लंगडो, हात वा खुट्टा नभएको दृष्टि वा श्रवण शक्ति कम आदिका कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	छ)
ज) के बच्चा कुनै विरामी, पुख्र्यौली रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नुपर्नेछ ?	ज)
झ) के बच्चालाई हाल कुनै रोगको औषधोपचार गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस् ।	झ)
ञ) बच्चाको १ वर्ष भित्र तौल घटेको वा बढेको के छ ? यदि छ भने किन ?	ञ)
ट) बच्चाको हाल स्वास्थ्य अवस्था कस्तो छ ?	ट)
ठ) विगतमा कहिले कतै/कसैबाट तपाईले बच्चाको उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? यदि छ भने कुन किसिमको विरामी भएको वा चोट पटक लागेको थियो ?	ठ)
ड) कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नुहोस् ?	ड)

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण

F.N. 002

बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले/प्रस्तावकले भर्नुपर्ने
(कृपया सफासँग लेख्नुहोस् र कुनै केरेमेट वा थपघट भए सो स्थानमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोला।)

१	क) प्रस्तावकको पूरा नाम, थर ख) बीमा चाहने व्यक्तिको पूरा नाम, थर (प्रस्तावक र बीमा गर्ने व्यक्ति फरक भएमा)	क)	ख)								
२	क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको उचाई कति छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	बीमित	प्रस्तावक								
		क)फिट इन्च ख).....के.जी.	क)फिट इन्च ख).....के.जी.								
३	क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति धूम्रपान गर्नुहुन्छ ? ग) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्ति लागु पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ ? वा कहिले गर्नु भएको थियो ? (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस्)	<input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन	<input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन								
									
४	पारिवारिक इतिहास	जीवित				मृतक					
		हालको उमेर		स्वास्थ्यको अवस्था		उमेर मृत्युको समयमा		मृत्युको खास कारण		मृत्यु भएको साल	
		बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको
	माता										
	पिता										
	दाजु/भाई										
	दिदी/बहिनी										
	पति/पत्नी										
वच्चाहरू											
५	क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन छारे रोग, वात (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफोलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस् ।	बीमित	प्रस्तावक								
	ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ 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 ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
६	तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?										
	क) चक्कराउन वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु फिट्स, न्यूर स्थेनिया, न्यूरलजीया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्यूमोनिया, फ्युरिसी, खकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	ग) मुर्छा हुने, छाति दुख्ने, निस्सासिने, मुटु हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	घ) स्फु/कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई आउं, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डिसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	च) हर्निया, हाइड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	छ) मृगौला वा मूत्रस्थली विप्रेको, जलग्रह, Rhenumatism, Gonorrhoea, Syphillis वा अन्य सरुवा रोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	ज) क्यान्सर वा महारोग ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
	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 ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन								
ञ) औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रूघा, खोकी, काजाज्वर फिलेरीयासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन									
ट) विफर	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन									

		बीमित	प्रस्तावक
	ठ) पिसावमा कहिले रगत, पिप, चिनी वा अल्युमिन देखिएको थियो ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ड) कहिले एक्सरे, ईलेक्ट्रोनिकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ढ) कुनै शल्यक्रिया दुर्घटना वा सख्त घाईते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोपचार गरिएको थियो कि ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
७	तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन

उद्घोषण

म जसद्वारा को जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव राखिएको छ, यो उद्घोषण गर्दछु कि उपरोक्त विवरण र उत्तरहरू मैले प्रश्नहरू राम्ररी बुझेर दिएको हुँ र सबै उत्तरहरू सही छन् तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण छ र मैले सूचना जानाजान लुकाएको छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा संगलग्न व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू मेरो र आई.एम.ई. लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको करारको आधार हुनेछन् र यदि यसमा कुनै असत्य विवरण पाईएमा यो करार पूर्णरूपमा रद्द हुनेछ ।

कुनै प्रचलित कानून, रीति-स्थिति, चलन वा परम्पराले गर्दा कुनै चिकित्सक, अस्पताल वा रोजगारदातालाई गोपनीयताको आधारमा जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिको स्वास्थ्य, वा सेवासँग सम्बन्धित कुनै जानकारी दिन रोक लगाइएको अवस्थामा पनि बीमित लगायत उत्तराधिकारी, हकवाला, वारेस वा अन्य कुनै व्यक्ति वा संस्था जसको हित बीमितलाई प्रदान गरिने बीमालेखको करारमा निहित छ, आफूसँग भएको कुनै पनि जानकारी आई.एम.ई. लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड लाई दिन स्वतन्त्र हुनेछन् । कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग आई.एम.ई. लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो बारेमा सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो 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 रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

साथै, प्रस्ताव पेश भएको मिति पछि तथा पहिलो बीमाशुल्कको रसिद जारी हुनुभन्दा अगाडी मेरो पेशामा परिवर्तन भएमा वा मेरो आर्थिक स्थिति वा मेरो/मेरो परिवारको कुनै व्यक्तिको स्वास्थ्यमा कुनै प्रतिकूल अवस्था उत्पन्न भएमा वा त्यस्तो निवेदन थप बीमा शुल्कका साथ स्वीकृत भएमा वा प्रस्तावित शर्त भन्दा अन्य शर्तका साथ भएमा म बीमाका शर्तहरू माथि पूर्वविचार गर्नुपर्ने भएमा सो गर्नका लागि कम्पनीलाई तुरुन्तै सूचना पठाउनेछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरेको प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि जीवन बीमा लागु हुनेछ, भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मञ्जुर छ ।

नाबालकको जीवन बीमा सम्बन्धमा प्रस्तावकको उद्घोषण

म जसद्वारा को जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव राखिएको छ, यो उद्घोषण गर्दछु कि उपरोक्त विवरण र प्रश्नहरू राम्ररी बुझेर उत्तर दिएको हुँ । सबै उत्तर सही छन् तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण छ र मैले सूचना जानाजान लुकाएको छैन । यो प्रस्ताव सम्बन्धी सम्पूर्ण विवरण तथा उद्घोषण मेरो र आई.एम.ई. लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको करारको आधार हुनेछन् र यदि यसमा कुनै असत्य विवरण पाईएमा यो करार पूर्णरूपमा रद्द हुनेछ । साथै म यो पनि उद्घोषण गर्दछु कि बीमितको स्वास्थ्य स्थिति राम्रो छ ।

मिति : साक्षीको दस्तखत:
 ठेगाना : साक्षीको नाम, पेशा र ठेगाना: जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
 नाम: जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत
 नाम:
 साक्षी स्वयंले लेखी सहि छाप गर्नुपर्ने (मेरो रोहवरमा सहि छाप गराएको साँचो हो) (यदि बीमा प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति फरक भएमा) (जीवन बीमा चाहने व्यक्ति स्वयंले लेखी सहि छाप गर्नुपर्ने)
 (यदि प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)

दर्ता नं. १०८३/०६५/०६६

रजिस्टर्ड तथा कर्पोरेट कार्यालय : का.जि.का.म.न.पा.-२६, लैनचौर, हाथवे कम्प्लेक्स (पहिलो तल्ला), काठमाण्डौ, नेपाल

टोल फ्रि नं. १६६००१६८८८८, फ्याक्स नं. ९७७-१-४०२४०७५, पोस्ट बक्स नं. ७४०

ईमेल : info@imelifeinsurance.com, वेबसाईट : www.imelifeinsurance.com

अभिकर्ता प्रतिवेदन/नैतिक जोखिम प्रतिवेदन

प्रस्तावक:

अभिकर्ताको नाम:

बीमित:

अभिकर्ताको ई.प.नं.

प्रस्ताव नं.

१	क) प्रस्तावकलाई कहिले देखि चिन्नुहुन्छ ?	क)	
	ख) के तपाईं प्रस्तावकको नातेदार हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने तपाईंको नाता ?	ख)	
	ग) यदि प्रस्तावकसंग हालसालै चिनापची भएको भए कहिले र को द्वारा भएको हो ?	ग)	
	घ) के प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिले पहिले पनि यस कम्पनीमा बीमा गराएको छ ? छ भने विवरण दिनुहोस ।	घ)	
२	क) बीमा गर्न चाहने व्यक्ति/प्रस्तावक वा इच्छाएको व्यक्ति मध्ये कुनै (PEPs) अन्तर्गत पर्ने भए उल्लेख गर्नुहोस् ?	क)	
३	क) प्रस्तावकको परिचयबाट तपाईं पूर्ण सन्तुष्ट हुनुहुन्छ ?	क)	
	ख) बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको उमेर कति छ ? उल्लेखित उमेर भन्दा बढी/घटी देखिन्छ, कि ? यदि देखिन्छ भने कति वर्षले देखिन्छ ?	ख)	
४	क) के प्रस्तावक व्यापारी हो ? हो भने व्यापारको प्रकृति कस्तो छ ?	क)	
	ख) प्रस्तावक जागिरदार हो ? हो भने पद/जागिर दिने संस्थाको नाम ठेगाना दिनुहोस ।	ख)	
	ग) सबै स्रोतबाट प्रस्तावकको वार्षिक आमदानी कति हुन्छ ?	ग)	
५	क) बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको शारीरिक बनावट कस्तो छ ?	प्रस्तावकको	बीमा गर्न चाहनेको
	ख) बीमा गर्न चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको शारीरिक बनावट कस्तो छ ?	क)	क)
	अ) अग्लो वा होचो	ख)	ख)
	आ) दुब्लो वा मोटो	अ)	अ)
	इ) सोभो वा कुप्रो	आ)	आ)
	ग) के बीमा चाहने/प्रस्तावक अपाङ्ग वा निजको अनुहारमा कुनै खास शारीरिक विशेषता छ ?	इ)	इ)
६	कम्पनीको अभिकर्ताको हैसियतले बाहेक प्रस्तावकको जीवन बीमा ल्याउन अरु कुनै कारणबाट दिलचस्पी लिनुभएको हो कि ?	ग) प्रस्तावकको	ग) बीमा गर्न चाहनेको
७	के तपाईंलाई (यदि प्रस्तावक र जीवन बीमा गर्ने व्यक्ति छुट्टाछुट्टै भएमा) जीवन बीमा गर्ने व्यक्तिको जीवन बीमा गर्दा जोखिम बृद्धि गराउन असर पर्ने तथा बीमा प्रस्ताव छानविन गर्दा विशेष ध्यान दिनुपर्ने खालको निजको पेशा वा आर्थिक, स्वास्थ्य, शारीरिक, सामाजिक तथा अन्य स्थितिवारे केही जानकारी छ, कि ?		
८	जीवन बीमा गराउनुको उद्देश्य के हो ?		
९	जीवन बीमाको लागि बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावक योग्य छ भन्ने कुरामा के तपाईं सहमत हुनुहुन्छ ?	बीमा गर्न चाहनेको:	प्रस्तावकको:

मैले जानेबुझे सम्म माथि उल्लेख गरिएको विवरणहरू सत्य र साँचो हुन भनी उद्घोषण गर्दछु ।

मिति :

अभिकर्ताको दस्तखत

ठेगाना :

(कम्पनीको अधिकार प्राप्त व्यक्तिद्वारा भरिनुपर्ने)

F.N. 005

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

मिति :

(अधिकार/प्राप्त व्यक्तिको दस्तखत)

ठेगाना :

नाम :

पद :

- आई.एम.ई. सरल (सावधिक) जीवन बीमा
- आई.एम.ई. बाल उज्ज्वल (सावधिक) जीवन बीमा
- आई.एम.ई. बाल उमंग (अग्रिम भुक्तानी) जीवन बीमा
- १५, २०, २५ वर्ष आई.एम.ई. धनवर्द्धन (अग्रिम भुक्तानी) जीवन बीमा
- १०, १५, २०, २५ वर्ष आई.एम.ई. धनवृक्ष (अग्रिम भुक्तानी) जीवन बीमा
- १०, १२, १५, २०, २५ वर्ष आई.एम.ई. कल्पधन (अग्रिम भुक्तानी तथा आजीवन) जीवन बीमा
- १०, १५, २०, वर्ष आई.एम.ई. धन सरिता (वार्षिक अग्रिम भुक्तानी सावधिक) जीवन बीमा
- आई.एम.ई. आजीवन (सावधिक) जीवन बीमा
- आई.एम.ई. सबल (सिमित भुक्तानी सावधिक) जीवन बीमा
- आई.एम.ई. बाल किरण (वार्षिक अग्रिम भुक्तानी सावधिक) जीवन बीमा

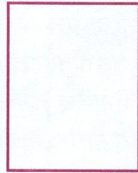
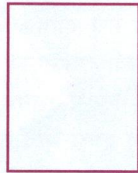
दर्ता नं. १०८३/०६५/०६६
रजिष्टर्ड तथा कर्पोरेट कार्यालय : का.जि.का.म.न.पा.-२६, लैनचौर, हाथवे कम्प्लेक्स (पहिलो तल्ला), काठमाण्डौ, नेपाल
टोल फ्रि नं. १६६००१६८८८८, फ्याक्स नं. ९७७-१-४०२४०७५, पोष्ट बक्स नं. ७४०
ईमेल : info@imelifeinsurance.com, वेबसाइट : www.imelifeinsurance.com

शाखा: प्रस्ताव नं.: मिति:

ग्राहक पहिचान फाराम

सम्पत्ति शुद्धिकरण (एण्टी मनि लाउण्डरिङ्ग) निवारण ऐन, २०६९ बमोजिम पेश गर्नुपर्ने विवरण बारे बित्तिय जानकारी एकाईबाट जारी निर्देशन अनुसार वीमितले बीमा प्रस्तावको साथमा उपलब्ध गराएको विवरण तथा कागजातको आधारमा तयार गरिएको ।

पुरा नाम, थर: श्रीमान/श्रीमती/सुश्री:
बुवाको नाम: ना.प्र.नं. आमाको नाम: ना.प्र.नं.
हजुर बुवाको नाम: ना.प्र.नं. पति/पत्नीको नाम:
जन्म मिति: नागरिकता/पासपोर्ट नं.:
जारी मिति: जारी जिल्ला: स्थायी ठेगाना:
अस्थायी/हालको ठेगाना:
टेलिफोन नं./मोबाईल नं. ई-मेल:
पेशा/व्यवसाय/कारोबार तथा आयको श्रोत : वार्षिक आमदानी:
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 ।
स्थायी लेखा नं. भए सो नम्बर:
बैंकको नाम (खाता भएको): शाखा:
बैंक खाता नं.:

ग्राहकको आँटाको धाप		ग्राहकको वर्तमान वासस्थानसम्म नजिकको मूल बाटोबाट पुग्न सकिने नक्सा:
दायाँ	बायाँ	उ ↑
		

स्वघोषणा:

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरूको बारेमा पूर्ण जानकारी छौं र उक्त निर्देशनहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्न स्वीकार गर्दछु/गर्दछौं । बीमा सम्बन्धी हाल सम्म भएका र पछि परिवर्तन हुने नियम तथा शर्तहरू पालना गर्न समेत स्वीकार गर्दछु/गर्दछौं । सो नियमहरू पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तेस्रो पक्षलाई कुनै नोक्सान पुग्न गएमा म/हाम्रो पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपूर्ति गर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौं । सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनी लाउण्डरिङ्ग) निवारण ऐन, २०६४, सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनी लाउण्डरिङ्ग) निवारण (सूचीकृत व्यक्ति, समूह वा संगठनको सम्पत्ति वा कोष रोकका) नियमावली, २०७०, सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनी लाउण्डरिङ्ग) निवारण नियमावली, २०७३ तथा नेपाल बीमा प्राधिकरणले जारी गरेको सम्पत्ति शुद्धिकरण तथा आतंकवादी क्रियाकलापमा वित्तीय लगानी निवारण सम्बन्धी निर्देशन, २०७५ बमोजिम म/हामी सम्बन्धि कुनै पनि जानकारी प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रित्तिरीवाजको आधारले कुनै उजुरी गर्ने छैन र मेरो/हाम्रो अपराधिक, प्रशासनिक तथा आर्थिक पुष्टभूमीका बारेमा अध्यन गरे गराएमा मेरो/हाम्रो मन्जुरी छ ।

मिति:

ग्राहकको हस्ताक्षर

प्रमाणीकरण गर्ने कर्मचारीको

नाम:

पद:

हस्ताक्षर: