



प्रस्ताव नं.

**जीवन बीमा प्रस्ताव फारम (Form No: UND 1)**

कृपया सकारांते लेख्नुहोस् कुनै केरागेत भएमा उक्त गाउँगा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस्। (Please write clearly and do counter sign for any correction and do not use tipex)

शाखा कार्यालय (Branch) : .....

अधिकारीको कोड नं./इ.प. नं.

(Agent's Code No./ License No.) : .....

अधिकारीको नाम (Agent Name) : .....

**बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण**

१.	<p>क) नाम, थर : <input type="text"/></p> <p>NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER : <input type="text"/></p> <p>ख) स्थायी ठेगाना /Permanent Address :</p> <p>प्रदेश /Province : ..... जिल्ला/ District : ..... न. पा/गा.पा/ Municipality / R.M.: .....</p> <p>ठोल /Street : ..... वडा नं /Ward No : ..... फोन नं./Phone No. : .....</p> <p>ग) अस्थायी ठेगाना / Temporary Address :</p> <p>प्रदेश /Province : ..... जिल्ला/ District : ..... न. पा/गा.पा/ Municipality / R.M.: .....</p> <p>ठोल /Street : ..... वडा नं /Ward No : ..... फोन नं./Phone No. : .....</p> <p>घ) जन्म मिति /Date of Birth : ..... उमेर /Age : ..... लिङ्ग /Gender : <input type="checkbox"/> पुरुष (Male) <input type="checkbox"/> महिला (Female) <input type="checkbox"/> अन्य (Other)</p> <p>ड) उमेर सरबन्धी प्रमाण / D.O.B Document : ..... च) राष्ट्रियता /Nationality : .....</p> <p>प्राथमिक नोबाईल नं./ Primary Mobile No : ..... बैकलिपक नोबाईल नं./ Secondary Mobile No : .....</p> <p>छ) ईमेल / Email : ..... शैक्षिक योग्यता /Qualification : .....</p> <p>ज) पेशा सरबन्धी विवरण (आराधनाको स्रोत) / Occupational Detail (Source of Income) :</p> <p>क) व्यापार व्यवसाय : (प्रकृति स्रोत उल्लेख गर्ने) /Business (Mention type also) :</p> <p>ख) नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना स्रोत उल्लेख गर्ने) /Job (Position, Nature of Job, Office name and address) :</p> <p>ग) कृषि : (व्यवसायको प्रकृति उल्लेख गर्ने) / Agriculture (Mention type also) :</p> <p>घ) अन्य : (आय आज्ञानको प्रकृति उल्लेख गर्ने) /Other (Mention source of income) :</p> <p>म) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक आय / Monthly income from all source : <input type="text"/></p>		
२.	<p>जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिव्युतोस् / Please give details of Life insurance :</p> <p>क) बीमा योजनाको किसिम Insurance Plan : <input type="text"/> ख) बीमा अवधि Policy Term: <input type="text"/></p> <p>i) वार्षिक फिर्ता योजनामा फिर्ता रकम प्रतिशत / Return Percentage of yearly money back plan: <input type="text"/> ग) गुरुकाली अवधि / Pay term: <input type="text"/></p> <p>ii) चौरासी पुजा एकल बीमा योजनाको लाभि डिफरेन्ट अवधि / Deferment period for Chaurasi puja single payment Plan: <input type="text"/></p> <p>घ) बीमाङ्क रकम Proposed Coverage Amount (SA) : अंकमा / In Figure : ..... अक्षरगां / In Words : .....</p> <p>ङ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका / Premium Paying Frequency : Annually / Semi-Annually / Quarterly / Single</p> <p>च) मात्र गरिएको पूरक करारहरू (चाहिएगा खिन्ह लगाउनु होला) / Required Supplementary Contracts (Optional Benefits, Tick if required) :</p> <p>i) <input type="checkbox"/> Only ADB Rs. ..... ii) <input type="checkbox"/> ADB, TPD, PWB Rs. ..... iii) <input type="checkbox"/> Critical Illness (18 D) Rs. .....</p> <p>iv) <input type="checkbox"/> Critical Illness (35 D) Rs. ..... v) <input type="checkbox"/> MIB / PWB (in Child Policy Only) Rs. ..... vi) <input type="checkbox"/> Other Rs. .....</p>		
३.	<p>बीमालेखको अवधि गित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अवतारि भुक्तानी लिन करसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेगा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनैपनि बेला बदलन सक्नेछ र यदि बीमितले करसलाई पनि नइच्छाएगा वा बीमितको मृत्यु भएको बस्त बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रेते भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०७९ को दफा १२७ बलोजिग बीमितको आधितहरूलाई भुक्तानी गरिनेछ।</p> <p>In case of death during insurance period, who do you want to nominate to receive benefit ? (Insured can change beneficiary at any time and if insured had not nominated any beneficiary or if nominated beneficiary is not alive at the time of death of insured, benefits as per this policy will be given to legal heir of insured as per Article 127 of Insurance Act 2079.)</p> <p>इच्छाएको व्यक्तिको पूरा नाम, थर Beneficiary's Full Name, Surname</p> <p>ठेगाना Address :</p> <p>इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम Father's /Mother's name of Beneficiary</p> <p>बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बिचको नाम Relationship</p>		
४.	<p>बीमितको देतायको कुनै काम गर्ने मनसाच छ कि ? /Do you intend to work as below ?</p> <p>क) रथल सेना, जल सेना वा हवाई सेना /Infantry, Navy , Air Force :</p> <p>ख) मान्यता प्राप्त हवाई सेवामारा संचालित नियमित भाइ तिरी यात्रा गर्ने चान्तु भई उडान गर्दा बाहेक । Do you intend to travel other than as a regular fare-paying passenger in permitted airlines ?</p>		

ग) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने /Do you intend to work in any hazardous occupation and business ?							
घ) वेपाल बाहिर बसोबास गर्ने / Do you intend to stay abroad ?							
५.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अधि यस करपनी वा अन्य जीवन बीमा करपनीमा बीमा गर्नु भएको छ भने सो को देहाई बमोजिमको विवरण दिवृहोस् । Do you (Life to be assured) have previous insurance with this company or any other life insurance company ? If yes, please give details as per below.						
	करपनीको नाम Company's Name	बीमालेख / प्रस्ताव नं. Policy/ Proposal Number	बीमा योजनाको क्रिसिम Type of insurance Plan	बीमा रकम Coverage Amount	बीमा अवधि Policy Term	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थिए ? Was policy approved at standard rate ?	हालको स्थिति (चालु वा व्याप्ति) Current Status (Enforce or Lapse)
६.	तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्तबाटेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकर वा स्थिति गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिवृहोस् । Has your life insurance proposal ever been approved at other than standard rate or declined ? If yes, give details						
७.	<b>बीमित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण/ To be filled only in the case of female proposer</b>						
	क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने कति महिना भयो ?/ Are you currently pregnant ? If Yes, how many months ?						
	ख) पछिलो पठक प्रसुति भएको गिति उल्लेख गर्नुहोस् ।/ Mention date when you last had delivery.						
	ग) के तपाईंलाई गर्भपतन वा अन्य कैमै असामान्य क्रिसिमको प्रसुति भएको वा छाती वा रुमी अंगहरू सरबरनी क्वै रोग वा विसर्ज्यो भएको छ ? Have you ever had miscarriage, abortion or other complications during child birth or disorder of the breast or female organs ?						
८.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमानको/ अभिभावकको वा प्रस्तावकको अन्य नाबालक बच्चाको यस करपनी वा अन्य बीमा करपनीमा जीवन बीमा भएको वा प्रस्ताव गरेको भए निर्भय विवरण दिवृहोस् । Is your (Life to be assured's) husband or guardian or proposer's other minor child is insured or proposed for insurance in this company or any other life insurance company ? If yes, please give details as per below.						
	करपनीको नाम Company's Name	प्रस्ताव/बीमालेख नं. Policy/ Proposal Number	बीमा योजना Type of insurance plan	बीमा रकम Coverage Amount	हालको स्थिति (चालु वा व्याप्ति) Current Status (Enforce or Lapse)		
९.	<b>बालबच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नु पर्ने विवरण/ To be filled incase of Child Insurance only</b>						
क) बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :							
NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER :							
ख) स्थायी ठेगाना/ Permanent Address :							
प्रदेश/ Province : ..... जिल्ला / District : ..... न.पा/गा.पा/ Municipality /R.M. : .....							
टोल/ Street : ..... वडा नं/ Ward no : ..... फोन नं./ Phone no : .....							
ग) जन्म गिति/ Date of Birth : ..... उमेर/ Age : ..... लिङ्ग/ Gender : .....							
घ) प्रस्तावक र बीमितको नाता सरबरन्य / Proposer's and Assured's Relationship : .....							
ङ) बीमितको हालको स्वास्थ्य स्थिति/ Current Health Condition : .....							
च) प्रस्तावकको सबै नाबालक बच्चाहरूको समान बीमाङ्कनको बीमा भएको वा नभएको ? / Is all minor children of proposer is insured of equal amount or not ? .....							
<b>उद्घोषण / Declaration</b>							
<p>उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सरबरनी जोखिमको ग्रूप्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने क्वैपनि परिस्थिति वा तथ्यालाई तैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । यसका तथ्यालाई दबाव/छिपाएको प्रमाणित भएको वा सूर्योजित लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिलिटेड बीचको हु र यो कारण कम्पनीले दावी भुक्तीको बाट भएको छैन भने अपवाद हुने छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सरलंग स्वास्थ्य सरबरन्य विवरणका कागजातहरू र म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र सूर्योजित लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिलिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने क्वै रुमा गर्न स्वीकार गर्दछ । बीमालेख नारेभास समेत उल्लेख गरी बीमाकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तीकी रसिदमा उल्लेख भएको गिति देखि लेगो जीवन बीमा लागू हुनेछ भन्ने व्यक्तिरुपयोगी बीमाको छैन । यसको अधिकारी गर्ने गर्नुहोस् । करपनीले समर्थन गर्ने बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सरबरनी जानकारी प्राप्त गर्नामा र क्वैपनि समय आफ्जो बीमाको लागि तैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमाकर्सीग सूर्योजित लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिलिटेडले सोधपुग गरी आवश्यक जानकारी लिएपनि लेगो गर्नुहोस् । म यसका जानकारीहरू प्रदान गर्न सरबरन्य व्यक्ति वा सरस्थालाई बीमा प्रयोगनका लागि अस्विचारी दिल्ले र त्यसका जानकारीहरू प्रकाशना ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा शीतिरिवाजको आधार लिई कुनै त्रुटी गर्नेछै । I hereby declare that all given answers of questions asked above are true and complete and I have not concealed any conditions or facts required for insurability risk assessment of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and SuryaJyoti Life Insurance Company Limited shall be void from the date of commencement of this agreement and I will have no objection if company denies to pay claim on this ground. I agree that this proposal from, declaration and attached health details documents shall be the integral part of this agreement between me / life to be assured and SuryaJyoti Life Insurance Company. I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti Life Insurance Company shall be the date of commencement of this insurance. I agree to accept life insurance policy related documents issued by the insurer. I authorise SuryaJyoti Life Insurance Company Limited to obtain information from any medical doctor or any medical facilities at any time from where I / life to be assured is getting medical checkups and also to inquire and collect necessary information at any time from other insurer where I / life to be assured had applied for insurance. I give all rights to such concerned person or organization to provide information required for the purpose of insurance and I shall not file a complain on ground of laws or rules and regulations against publishing such information.</p>							
जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत Life to be assured's Signature	प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएगा) Proposer's Signature (Incase proposer and Life to be Assured is different)						दस्तखत गरेको गिति / Date of Signature : .....
प्रस्तावक निरक्षर भएगा साक्षीको विवरण / Witness incase proposer is illiterate :							दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature : .....
नाम / Name : .....							गिति / Date : .....
दस्तखत / Signature : .....							ठेगाना/Address : .....

**व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी घोषणा /PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM (Form No: UND 2)**

Proposal / Policy No. ....

कृपया सफासँग लेखनुहोस्, कुनै क्रममेट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस् ।

To be filled by life to be assured. Please write clearly and do counter signature for any correction and do not use tipex.

**बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको विवरण / DETAILS OF LIFE TO BE ASSURED**

१.	क) प्रस्तावकको नाम, थर Name of Proposer : .....				
	ख) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको नाम / Name of Insured : .....				
२.	बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको / Proposed Insured's	उचाई/ Height : .....	in FT/inches	तौल/ Weight : .....	in KG
३.	क) को तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? / Do you consume Alcohol ? <input type="checkbox"/> गर्दछ/Yes <input type="checkbox"/> गर्दैन/No ख) तपाईं धुम्पान गर्नुहुन्छ ?/Do you Smoke ? <input type="checkbox"/> गर्दछ/Yes <input type="checkbox"/> गर्दैन/No				
	ग) तपाईं हाल लाग्नुपार्दथ प्रोय गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थिए ? / Do you currently or in past have taken any drugs ? : <input type="checkbox"/> गर्दछ/Yes <input type="checkbox"/> गर्दैन/No (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।) / If yes, please mention name, frequency and type of drugs: .....				
४.	परिवारिक इतिहास Family History	जीवित / Alive		मृतक / Dead	
हालको उमेर current Age		स्वास्थ्यको अवस्था Health Status	उमेर (गृह्यको समयमा) Age at time of death	मृत्युको खास कारण Cause of death	गृह्य भएको साल Year of death
माता /Mother					
पिता /Father					
दाजु/भाई /Brother					
दिवी/बहिनी /Sister					
पति/पत्नी /Spouse					
छोरा,छोरी /Children					
५.	साधारण विवरण / General Details :				
	क) को तपाईं/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअधिको विरामी वा चौटपटकको असरबाट गुक्त गइसक्नु भएको छ ? यदि ऐन भने पूर्ण विवरण दिव्युत्तोस् । Are you / life to be assured currently in good health ? And recovered from any previous illness or injury ? If not, please give details.				
	ख) को तपाईं/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति अज्ञान भएको, अपाङ्गता भएको वा सो कारणबाट औषधोपचार गर्वार्पन वा गरिरहेको अवस्था छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिव्युत्तोस् । Do you/Life to be assured have any sort of disability or under medication/treatment of such condition ? If yes please provide the details.				
	ग) अवसर तपाईलाई औषधोपचार गर्ने विकितस्क, अस्पताल वा नर्सिङ्क सोनको नाम, ठेगाना, दिव्युत्तोस् । Give name and address of doctor, hospital or nursing home you visit for regular checkup.				
	घ) तपाईं वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले विगत पाँच वर्ष मित्र कहिले र करेबाट उपचार सरबन्धी सलाह लिएभएको छ । वा कुनै उपचार गरिरहेको अवस्था वा कुनै किसिमको औषधी सेवन गरि रहनु भएको छ ? यदि छ भने सो को कारण र औषधीको किसिमको बारेमा जानकारी दिव्युत्तोस् । Have you or life to be assured taken any medical consultancy in the past 5 years ? Or currently under any form of treatment or under any form of medication ? If Yes, state reason and type of medications.				
६.	तलका प्रश्नहरूको उत्तर छ वा छैन मा दिव्युत्तोला /Please answer below questions in "Yes" or "No"				
	क) तपाईंको कुनै पानि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, बाथ (गाउठ), दग, क्षयरोग, क्यानसर, महारोग, हेनोफोलिया, गधुगेह, thyroid को समस्या, उच्च रक्तचाप, धात, कुनै मुटु सरबन्धी रोग वा अन्य पुर्खीनी रोगबाट पीडित भए सोको विवरण दिव्युत्तोस् । If any of your alive or dead relatives is/ was suffering from mental disease, epilepsy, arthritis, asthma, tuberculosis, cancer, leprosy, diabetes, hemophilia, thyroid disorder, hypertension, stroke, any heart diseases, any endocrine disorder or anywhere dietary diseases, then please give details:				
	ख) तीन वर्षायता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बर्स्नु भएको छ ? यदि बर्स्नुभएको भए सोको गिति, अवधि, अवसर औषधोपचार गर्ने डाक्टरको नाम, थर, ठेगाना, र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिव्युत्तोस् । During last three years, have you lived together with person suffering from tuberculosis, leprosy or any other communicable disease ? If Yes, give details of date, period, regular checking doctor's name surname, address and if possible also give details of hospital.				
७.	क) के तपाईंगा वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिमा कहिल्यै तल उल्लेखित रोग वा गडबडीको लक्षण देखिएको छ ? वा सोको लागि तपाईंले कहिल्यै जाँच, उपचार वा शल्यक्रिया गराउनु भएको छ ? प्रश्नहरूको उत्तर "छ" वा "छैन" मा दिव्युत्तोला /Have you or life to be assured ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for following diseases or problem ? Please answer in "Yes" or "No".				
	क) Stroke, Paralysis, Seizure, Epilepsy, Coma, व्यग्रता, विषाद, चक्कराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्खापन्न, फिद्स, पक्षाघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस्न हुने वा अन्य कुनै मरिताक वा स्नायु प्राणीले सरबन्धी रोग ? Stroke, Paralysis, Seizure, Epilepsy, Coma, Anxiety, Depression, Dizziness, Unconsciousness, Fits, Unconsciousness due to Mental illness, or any other disease related to brain or nervous system ?				
	ख) एकनासले खोक्ने, दग, न्यूमोनिया, प्लग्यारिसी, खकाराना रागत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सरबन्धी रोग । Continuously coughing, asthma, pneumonia, pleurisy, blood in sputum, tuberculosis or any other lungs disease.				
	ग) मुर्छा हुने, छाती दुर्खल, निसासिने, गुरु हालिले, हृदयाघात वा अन्य कुनै मुटु सरबन्धी रोग वा उच्च रक्तचाप । Unconsciousness, chest pain, suffocation, heart vibration, hypertension, heart attack or any other heart disease.				
	घ) कमलपित, घमिनिया, hepatitis, अल्काई, आँडे, हैंजा, पेट दुर्खल, घेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फिचो वा आन्दा सरबन्धी रोग ? Jaundice, anemia, hepatitis, piles, dysentery, diarrhea, stomach pain, appendicitis or any other disease related to stomach, liver, spleen or intestine ?				
	ङ) कुनै चर्च रसबन्धी रोग / Any skin disease.				

च) हर्निया, ताईडोसिल, बेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिने रोग । /Hernia, hydrocele, varicocele, fistula or nerve swelling disease.	
छ) गधुंगेह, उच्च रक्तचाप, थाइराइड गडबड, मुग्गौला वा मुत्रथैली बिंगेको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सर्वग रोग?/Diabetes, High Blood Sugar, Thyroid Disorder, Kidney Disorder or urinary system, urinary bladder, rheumatism, gonorrhoea, syphilis or any contagious disease?	
ज) कुनै किसिगको व्यान्सर, दृश्यग्र, सिष्ट, कुष्ठरोग ? /Any form of Cancer, Tumor, Cyst or Leprosy ?	
झ) कान, नाक, धौंटी वा औंसा सरबन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी सहेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी, आदि बुग्गे भए हाल कहिले थाहा भयो ? Any diseases related to ear, nose, throat or eye (including any deformity of eye sight or sense capacity). If there is puss, blood, water etc. flowing from ear, when did you find out about it ?	
झ) ओलो, सन्यापात (टाईफाईड), रुधा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रह्ये ज्वरो / Malaria, Typhoid, cold, cough, kalaazar or other fever which last for week.	
ट) विफर /Smallpox	
ठ) पिसाबगा कहिले रजत पिप, दिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ? Ever seen blood, pus, sugar or albumin in urine ?	
ड) कहिले प्रव्वर्षे, ईलेक्ट्रोकार्डिओग्राम, वा radiological, cardiological, pathological, रगत जाँच जस्ता अरु कुनै परिक्षण गरिएको थियो भने सो को विवरण दिव्युतीस ? Ever done tests such as x-ray, electrocardiogram, radiological, cardiological, pathological, blood test or any other similar tests ? If Yes, give reason.	
ढ) कुनै शल्याक्रिया, दुर्दिना वा सर्वत थाईट, चोटपटक, कुनै अंगमांग भएको वा काठी फुर्याँकोको सर्वेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधोउपचार गरिएको थियो कि ? /Ever been hospitalised or treated for surgery, accidents or serious injuries, any dismemberment (including any amputation) or due to any disease or injury which is not mentioned above ?	
ण) को तपाईंले इहस, इहससंग सरबनिधि जटिलता वा इहससंग सरबनिधि अन्य कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि विकित्सकीय सलाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्न भएको छ ? वा तपाईंले इहस परिक्षण गराउन भएको छ ? (कृपया कारण र परिणाम उल्लेख गर्नुहोस) वा तपाईंलाई बढी थकाई लाई, तौल थाई, ब्राबर पसाला लागि रह्ये, लिमफ्युली बढेको वा अस्वाभाविक वर्जिरोग आदि भएको छ ? Have you ever consulted or been treated for AIDS, AIDS related complex, or sexually transmitted disease or been told you have any of these or that you had tested positive for AIDS (Please state reason and results) or have you had unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, or unusual skin lesions ?	

C. माथि उल्लेखित प्रश्नको उत्तर कुनै “**छ**” भन्ने भएमा त्यस सरबन्धी निरन्तर विवरण दिव्युतीस : मिति, रोगको अवधि, ज्वाई रामेको विकित्सको नाम, ज्वाईको अस्पतालको नाम, कारणहरू, गरिएको जाँचहरू, परिणाम र हालको अवस्थाबाटे पूर्ण विवरण दिव्युतीस । If any answer to above questions is “Yes”, then please give following details: dates, period of such disease, attending doctor's name, hospital name, reasons for consultations, tests performed, results, diagnosis, treatment and current condition.

## उद्घोषण / DECLARATION

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सरबन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनैपनि परिस्थिति वा तथ्यलाई भैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दैछु । यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा गेरो र स्थूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिगिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि ते रद्द हुने छ भन्ने व्यहारा भैले बुकेको छु र सो कारण करपनीले दावी भुक्तानी नगरे गेरो कुनै अपवाद हुने छैन ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सलांग स्वास्थ्य सरबन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति तथा सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिगिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने कुरा न स्वीकार गर्दैछु । बीमाले र नरबर समेत उल्लेख गरी बीमाकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदगा उल्लेख भएको मिति देखि गेरो जीवन बीमा लाग्नु हुनेछ भन्ने व्यहारा भैले बुकेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रवालित जीवन बीमाले सरबन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न गेरो मन्त्रुरी छ ।

करपनि समेत ग/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि विकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग गेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सरबन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि सम्बन्ध आफ्नो बीमाको लाग्ना भैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिगिटेडले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा गेरो मन्त्रुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्राप्त गर्न सरबनिधि व्यक्ति वा संसारालाई बीमा प्रयोजनको लाग्नी अस्तित्वारी दिन्छ र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्न कानून वा शीतिरिचारको आधार लिई कुनै उज्ज्वरी गर्नेको ।

I hereby declare that all given answer of questions asked above are true and complete and I have not concealed any conditions or facts required for insurability risk assessment of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and SuryaJyoti Life Insurance Company Limited shall be void from the date of commencement of this agreement and I will have no objection if company denies to pay claim on this ground.

I agree that this proposal form, declaration and attached health details documents shall be the integral part of this agreement between me / life to be assured and SuryaJyoti Life Insurance Company, I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti Life Insurance shall be the date of commencement of this insurance. I agree to accept life insurance policy related documents issued by the insurer.

I authorise SuryaJyoti Life Insurance Company Limited to obtain information from any medical doctor or any medical facilities at any time from where I/life to be assured is getting medical checkups and also to inquire and collect necessary information at any time from other insurer where I/ life to be assured had applied for insurance. I give all rights to such concern person or organization to provide information required for the purpose of insurance and I shall not file a complain on ground of laws or rules and regulations against publishing such information.

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase Proposer is Illiterate

नाम /Name : .....

दस्तखत/Signature : .....

दस्तखत गरेको मिति / Date of Signature : .....

दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature : .....

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत  
Life to be assured's Signature

प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)  
Proposer's Signature

(Incase proposer and Life to be Assured is different)

मिति / Date : .....

ठेगाना / Address : .....

## प्रस्तावकले भर्नु पर्ने / TO BE FILLED BY PROPOSER

१	प्रस्तावकको पुरा नाम थर Full Name of Proposer :
२	बीमा गरिने नाबालक बच्चाको पुरा नाम थर Life to be Assured (Child) Full Name :
३	नाबालक बच्चाको जन्म स्थान : अस्पताल ( ) घर ( ) । अस्पतालको नाम ठेगाना Birth place of Child : Hospital ( ) Home ( ) Name and Address of Hospital :
४	को नाबालक बच्चालाई नियमित आवश्यक रोग प्रतिरोगी सोप दिइएको छ ? Is Child being vaccinated regularly with necessary ones ?
५	नाबालक बच्चाको (Minor Child's): उचाई (Height) ..... तौल (Weight) ..... को ताँफिको नाबालक बच्चाको विगत १२ महिनामा असामान्य तरिकाबाट तौल घटेको वा बढेको छ ? यदि छ भने कारण उल्लेख दिग्वाहीस । Have your child lost or gain weight in unnatural way in last 12 months? If yes, please mention the reason.
६	विगत १ वर्ष भित्र नाबालक बच्चाको धराना कुनै व्यक्ति संक्रमक सरूवा रोगबाट पिडित हुवूनथ्यो ? During last 1 year was anyone in the same home been infected with transmissible diseases ?
७	को नाबालक बच्चा अड्डेङ्ग भएको, अपाइज्या भएको वा सो कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा गरिरहेको अवश्य छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिग्वाहीस । Does child has any sort of disability or under medication/treatment of such condition ? If yes please provide the details.
८	को नाबालक बच्चाको कैने विगारी, पुर्खीली रोग, दर्दिना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नुपर्ने अवश्य छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिग्वाहीस । Is any surgery being done/needs to be done to child due to any illness, hereditary diseases or accident? If yes please provide the details. :
९	को नाबालक बच्चाको हाल कैने रोगको औषधोपचार भइरहेको छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिग्वाहीस । Is Child being currently treated for any disease ? If yes please provide the details. :
१०	नाबालक बच्चाको हालको स्वास्थ्य स्थिति कस्तो छ ? What is the current health condition of Child?
११	तपाईंले विगतमा कसैरैंग नाबालक बच्चाको उपचार सरबन्धी सल्लाह लिए भएको छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिग्वाहीस । Have you ever taken suggestion/consultation with anyone regarding treatment/medical condition of your child ? If yes please provide the details.
१२	नाबालक बच्चामा कैने विशेष विचार भए उल्लेख दिग्वाहीस : Please mention if there is any special marks in Child? :

## उद्घोषण / DECLARATION

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सरबन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनैपनि परिस्थिति वा तथ्यलाई तैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रगाणित भएमा भेरो र सूर्योज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि तै रह हुने छ भने त्यहीरा तैले बुझेको छु र सो कारण कर्मपनीले दावी भुक्तानी नगरे भेरो कुनै अपवाद हुने छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सल्लाह स्वास्थ्य सरबन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति तथा सूर्योज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्ने त्यहीरा तैले बुझेको छु । बीमालेख नरबर सजेत उल्लेख गरी बीमाकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रासदमा उल्लेख भएको निति देखि भेरो जीवन बीमा लाग्न त्यहीरा तैले बुझेको छु । त्यस बीमाकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सरबन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न भेरो गर्नुपरी छ । कुनैपनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि विकितसँग वा स्वास्थ्य संस्थारैंग भेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सरबन्धी जानकारी प्राप्त गर्नुमा र कुनैपनि समय आफ्लो बीमाको लाभि तैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमाकर्त्ताङ सूर्योज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स करपनी लिमिटेडले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा भेरो गर्नुपरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्रदान गर्न सरबनिधित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनको लाभि अस्तित्यारी दिइनु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन जनाउनी गर्ने कानून वा रीतिविवाजको आधार लिई र कुनै उजुरी गर्नेको छ ।

I hereby declare that all given answer of questions asked above are true and complete and I have not concealed any conditions or facts required for insurability risk assessment of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and SuryaJyoti Life Insurance Company Limited shall be void from the date of commencement of this agreement and I will have no objection if company denies to pay claim on this ground. I agree that this proposal form, declaration and attached health details documents shall be the integral part of this agreement between me / life to be assured and SuryaJyoti Life Insurance Company, I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti Life Insurance shall be the date of commencement of this insurance. I agree to accept life insurance policy related documents issued by the insurer. I authorise SuryaJyoti Life Insurance Company Limited to obtain information from any medical doctor or any medical facilities at any time from where I/life to be assured is getting medical checkups and also to inquire and collect necessary information at any time from other insurer where I/life to be assured had applied for insurance. I give all rights to such concern person or organization to provide information required for the purpose of insurance and I shall not file a complain on ground of laws or rules and regulations against publishing such information.

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको दस्तखत  
Life to be assured's Signature

प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)  
Proposer's Signature  
(Incase proposer and Life to be Assured is different)

दस्तखत गरेको मिति / Date of Signature :

दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature :

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase Proposer is illiterate

नाम /Name :

दस्तखत/Signature :

मिति /Date :

ठेगाना / Address :

## ग्राहक पहिचान फारम / KYC Form (UND 5)

सरन्पति शाद्विकरण तथा आतङ्काकारी क्रियाकलापगत वित्तीय लगानी निवारण निर्देशिका २०७५ को दफा ४ संग सरबनिधित

## वर्तमान बासस्थानको नवसा



ॐ गुरुप

दायाँ	बायाँ

३८४

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दैँ कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरूको बारेमा पूर्ण जानकारी र उक्त निर्देशनहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्न स्वीकार गर्दछु/गर्दैँ । सो गियरहरू पालना नगरी उल्लंघन गरेगा र सो कारणले बीमा कर्मचारीका ग्राहक वा तेस्रो पक्षलाई कुनै गोक्षासान पन्चन गरेमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रह्न्है क्षतिपूर्ति भर्न जंजर गर्दछु/गर्दैँ ।

मिति : .....

दस्तखत: .....

## कार्यलय प्रयोजनको लाभि मात्र

ग्राहक पहिचान सरबरव्यग्रा ग्राहकको पेशा, व्यवसाय तथा आयश्रोतको आधारग्रा कर्ने किसिमको जोखिम देखिएम सो सरबरव्यग्रा विवरण :

ନୟନ ଜୋଖିଗୀ      ମଦ୍ୟାଯମ ଜୋଖିଗୀ      ଉଚ୍ଚ ଜୋଖିଗୀ      କୈହା କୈଫିଯାମ ଏଥାଗା: .....

प्रस्तावक वा बीमालेखमा ईच्छाइषको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति वा उच्च राजनैतिक व्यक्ति (P.E.Ps)  हो  होइन

रुजु गर्ने :

कर्मचारीको नाम : .....

पद : .....

स्थिति : ..... शास्त्रा : .....

दस्तखत : .....