

जीवन बीमा प्रस्ताव फारम

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

शाखा कार्यालय :

अभिकर्ताको नाम :

अभिकर्ता संकेत नं.

बीमा गर्न चाहने व्यक्ति (बीमित) को विवरण

१.	(क) नाम, थर (नेपालीमा)										
	(ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS										
	(ग) स्थायी ठेगाना :	स्थायी लेखा नं.									
	अञ्चल :	जिल्ला :	म/उप/न.पा./गा.पा.	वडा नं.	ब्लक नं.	प्रदेश नं.					
	(घ) हालको ठेगाना : अञ्चल :	जिल्ला :	म/उप/न.पा./गा.पा.	वडा नं.	ब्लक नं.						
	(ङ) पत्राचार गर्ने ठेगाना :										
	मोबाइल नं.	फोन नं.	ईमेल :								
	(च) जन्म मिति : वि.सं.	साल	महिना	गते	उमेर :	उमेर सम्बन्धी प्रमाण :					
	ई.सं.	साल	महिना	तारिख	लिङ्ग : महिला पुरुष/अन्य	विवाहित/अविवाहित :					
	(छ) राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता :	नागरिकता	पासपोर्ट नं.	जारी मिति :	जारी स्थान :					
	(ज) पेशा वा व्यावसाय सम्बन्धी विवरण :	(पेशासँग सम्बन्धित संस्थाको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)				पेशा वा व्यावसायको प्रकृति:					
						जोखिमपूर्ण (भएको/नभएको) विवरण :					
						हालको पेशा वा व्यावसायको अवधि :					
	(झ) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक/त्रैमासिक/वार्षिक आय : अंकमा रु.	अक्षरमा :									
	(ञ) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको बाबु/आमाको नाम, थर :										

२.	प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा मात्र भर्नु पर्ने विवरण:										
	(क) प्रस्तावकको नाम, थर :	विवाहित/अविवाहित :									
	बाबु/आमाको नाम, थर :	पति/पत्नीको नाम :									
	(ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTERS										
	(ग) स्थायी ठेगाना :	फोन नं.	ईमेल :								
	अञ्चल :	जिल्ला :	म/उप/न.पा./गा.पा.	वडा नं.	मोबाइल नं.						
	(घ) हालको ठेगाना :	फोन नं.	ईमेल :								
	अञ्चल :	जिल्ला :	म/उप/न.पा./गा.पा.	वडा नं.	मोबाइल नं.						
	(ङ) जन्म मिति :	उमेर	लिङ्ग :								
	(च) राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता :	स्वास्थ्य स्थिति :								
	(छ) पेशा वा व्यावसाय सम्बन्धी विवरण :	(पेशासँग सम्बन्धित संस्थाको नाम र ठेगाना समेत उल्लेख गर्नुहोस्)				पेशा वा व्यावसायको प्रकृति:					
						जोखिमपूर्ण (भएको/नभएको) विवरण :					
	(ज) सबै श्रोतबाट सालाखाला मासिक/वार्षिक आय रु.	हालको पेशा वा व्यावसायको अवधि :									
	(झ) प्रस्तावक र बीमितको नाता :										
	बालबच्चा सम्बन्धी बीमा योजनाको निमित्त मात्र भर्नुपर्ने ।										
	(ञ) तपाईंको मृत्यु भएमा वा दुर्घटनाबाट स्थायी असक्तता वा दुर्घटनाबाट अङ्गभङ्ग भई पूर्ण असक्तता भएमा बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/> चाहन्छु	बीमाङ्क रकम.....								
	(ट) तपाईंको मृत्यु भएमा वा दुर्घटनाबाट स्थायी असक्तता वा दुर्घटनाबाट अङ्गभङ्ग भई पूर्ण असक्तता भएमा बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB) लाभ र मासिक आय सुविधा (Monthly Income Benefit) लाभ लिन चाहनुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/> चाहन्छु	बीमाङ्क रकम.....								
	नोट : बुँदा नं (ट) को लागि लाभ छान्नु भएमा बुँदा नं. (ञ) को लाभ छान्नु पर्दैन ।	<input type="checkbox"/> चाहन्छु									
		<input type="checkbox"/> चाहन्छु									

३.	जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।										
	(क) बीमा योजनाको किसिम :	(ख) बीमा अवधि :	वर्ष	बीमा शुल्क भुक्तानी अवधि :	वर्ष						
	(ग) बीमा शुल्क भुक्तानी गर्ने तरिका : एकल/वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक/मासिक	(घ) बीमाङ्क रकम :									
	(ङ) निम्न बमोजिमको पूरक करार लिन चाहनु हुन्छ भने चिन्ह लगाउनु होस् ।										
	<input type="checkbox"/> दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB)	बीमाङ्क रकम.....									
	<input type="checkbox"/> दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB), पूर्ण स्थायी असक्तता (PTD), बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB)	बीमाङ्क रकम.....									
	<input type="checkbox"/> घातक रोग वापतको सुविधा (Critical illness)	बीमाङ्क रकम.....									
	<input type="checkbox"/> अन्य	बीमाङ्क रकम.....									

४.	बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गतको भुक्तानी लिन इच्छाएको व्यक्ति कसलाई राख्नु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि समयमा बदल सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि इच्छाएको व्यक्ति नराखेमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भईसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन, २०४९ को दफा ३८ बमोजिमको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिनेछ। नोट : बालवच्चा सम्बन्धी बीमा योजना छान्नु भएमा बुँदा नं. (४) भन्ने आवश्यक पर्ने।	इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर नेपालीमा : अंग्रेजीमा : इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना : इच्छाएको व्यक्तिको बाबु/आमाको नाम : बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बीचको नाता :
----	--	---

५.	बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?	
	(क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना (मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा सञ्चालित नियमित भागमा यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	(क)
	(ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा उद्योग गर्ने	(ख)
	(ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने	(ग)

६.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस बीमा वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नु भएको छ, यदि छ भने सो को देहाय बमोजिमको विवरण दिनुहोस्।																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>कम्पनीको नाम</th> <th>बीमालेख नं.</th> <th>बीमा योजनाको किसिम</th> <th>बीमा रकम</th> <th>मिति</th> <th>बीमा अवधि</th> <th>के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?</th> <th>हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमा रकम	मिति	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)																								
कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमा रकम	मिति	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)																										

७. तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्त बाहेक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस्।

८. बीमितको बैंक खाता नं. बैंकको नाम तथा शाखा

९.	स्वास्थ्य विवरण :
	(क) के तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यस अघिको बिरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भई सक्नु भएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्।
	(ख) अक्सर तपाईंले औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ होमको नाम, ठेगाना दिनुहोस्।
	(ग) तपाईंले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिन भएको छ यदि छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?

१०.	प्रस्तावक/बीमित महिला भए मात्र भन्नु पर्ने विवरण :
	(क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस्।
	(ख) पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस्।
	(ग) गर्भपतन वा अन्य किसिमको असामान्य किसिमको प्रसूति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस्।

तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/अभिभावकको/जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस्।				
कम्पनीको नाम	प्रस्ताव बीमालेख नं.	बीमा रकम	जारी मिति	हालको स्थिति चालु वा व्यतित

११. कैफियत :

(क) व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण : बीमा गर्न चाहने/प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

१.	(क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको उचाई कति छ ? (ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको वजन कति छ ?	बीमित	प्रस्तावक
		(क) फिट इन्च (ख) केजी	(क) फिट इन्च (ख) केजी
२.	(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 खुलाउनु होस्)	(क) गर्छु/गर्दिन (ख) गर्छु/गर्दिन (ग) गर्छु/गर्दिन	(क) गर्छु/गर्दिन (ख) गर्छु/गर्दिन (ग) गर्छु/गर्दिन

३.	पारिवारिक विवरण	जीवित				मृत्यु					
		हालको उमेर		स्वास्थ्यको अवस्था		उमेर मृत्युको समयमा		मृत्युको खास कारण		मृत्युको भएको साल	
		बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको	बीमितको	प्रस्तावकको
	आमा										
	बाबु										
	दाजु/भाई										
	दिदी/बहिनी										
	पति/पत्नी										
	बच्चाहरु										

४.	(क) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफोलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए विवरण दिनुहोस्।	बीमित <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	प्रस्तावक <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	(ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथ बस्नु भएको भए सोको मिति, अवधि, अक्सर औषधोपचार गर्ने डाक्टरको नाम, थर, ठेगाना र छ भने अस्पताल समेतको विवरण दिनुहोस्।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
५.	तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	क) चक्कराउन वा रिगाटा लाग्नु, मुछाँ पनु, फिट्स, न्युरेलेनिया, न्युरेजीया, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुन मगज तथा स्नायू प्रणाली सम्बन्धी रोग।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ख) एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्युरिसी, 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) मुछाँ हुने, छाती 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) स्पू कमलपित, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस 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) हिनिया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिने रोग।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	छ) मृगौला वा मुत्रस्थली विकेको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ज) कान, नाक, घाटी वा आँखा सम्बन्धी कुनै रोग (दृष्टि तथा श्रवणमा भएको कमजोरी समेत) कानबाट कहिले पिप, रगत, पानी आदी बग्ने भए, हाल कहिले थाहा भयो ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	झ) क्यान्सर वा महारोग।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ञ) औलो, सन्यापात (टाईफाइड), रुधा, खोकी, कालाज्वर फिलेरियासिस वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो।	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ट) ज्वरो	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ठ) पिसावमा पीहले रगत, पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
	ड) कहिले एक्सरे, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम 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 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 ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	
६.	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।		

(ख) व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण : बीमा गर्न चाहने नाबालक सम्बन्धी प्रस्तावकले भर्नुपर्ने

क) नाबालक बच्चा (बीमित) को जन्म स्थान : <input type="checkbox"/> अस्पताल <input type="checkbox"/> निवास अस्पतालको नाम र ठेगाना :
ख) के बच्चालाई रोगसँग प्रतिरक्षण गर्ने खोप या सुई दिइएको छ ?
ग) बच्चा जन्मदाको तौल एवं उचाई कति थियो ?
घ) विगत १ वर्ष भित्र बच्चाको घरमा कुनै बच्चा वा अरु कोही आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नु पर्नेछ ?
ङ) के बच्चा अंगभंग, लगडो, हात वा खुट्टा नभएको दृष्टि वा श्रवण शक्ति कम आदिका कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस्।
च) के बच्चालाई हाल कुनै विरामी, पुख्रौली रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नु पर्नेछ ?
छ) के बच्चालाई हाल कुनै रोगको औषधोपचार गरिरहेको छ ? यदि छ भने विस्तृत विवरण दिनुहोस्।
ज) बच्चाको १ वर्ष भित्र तौल घटेको वा बढेको के छ ? यदि छ भने किन ?
झ) बच्चाको हाल स्वास्थ्य अवस्था कस्तो छ ?
ञ) विगतमा कहिले कुनै कसबाट तपाईंले बच्चाको उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? यदि छ भने कुन किसिमको विरामी भएको वा चोट पटक लागेको थियो ?
ट) कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नुहोस् ?

उद्घोषण

म जसद्वारा को जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव राखिएको छ, यो उद्घोषण गर्दछु कि उपरोक्त विवरण र उत्तरहरू मैले प्रश्नहरू राम्ररी बुझेर दिएको छु र सबै उत्तरहरू सही छन् तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण छ र मैले कुनै सूचना जानाजान लुकाएको छैन। यो प्रस्तावको उद्घोषण तथा प्रस्तावक, बीमा गर्न चाहने नाबालकको व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण मेरो र युनियन लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको करार आधार हुनेछन् र यदि यसमा कुनै असत्य विवरण पाईएमा यो करार पूर्णरूपमा रद्द हुनेछ। कुनै प्रचलित कानून, रिति-रिथिति, चाल, चलन वा परम्पराले गर्दा कुनै चिकित्सक, अस्पताल वा रोजगारदातालाई गोपनीयताको आधारमा जीवन बीमाको लागि प्रस्ताव गरिएको कुनै व्यक्तिको स्वास्थ्य, वा सेवासँग सम्बन्धित कुनै जानकारी दिन लगाइएको अवस्थामा पनि बीमित, बीमितका उत्तराधिकारी, हकवाला, वारेस वा अन्य कुनै व्यक्ति वा संस्था जसको हित बीमितलाई प्रदान गरिने बीमालेखको करारमा निहित छ, आफूसँग भएको कुनै पनि जानकारी युनियन लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेडलाई दिन स्वतन्त्र हुनेछन्। कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग युनियन लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेडले मेरो बारेमा सोध्नुपछि 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 रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्ने छैन। साथै, प्रस्ताव पेश भएको मिति पछि तथा पहिलो बीमाशुल्कको रसिद जारी हुनुभन्दा अगाडी मेरो पेशामा परिवर्तन भएमा वा मेरो आर्थिक स्थिति वा मेरो मेरो परिवारका कुनै व्यक्तिको स्वास्थ्यमा कुनै प्रतिकूल अवस्था उत्पन्न भएमा वा त्यस्तो निवेदन थप बीमाशुल्कका साथ स्वीकृत भएमा प्रस्तावित शर्त भन्दा अन्य शर्तका साथ भएमा म बीमाका शर्तहरू माथि पुनर्विचार गर्नुपर्ने भएमा सो गर्नका लागि कम्पनीलाई तुरुन्तै सूचना पठाउनेछु। बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी गरी टिकट टाँसेको प्रथम बीमाशुल्क 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 मञ्जुर छ।

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



यूनियन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

Union Life Insurance Company Limited

(कम्पनी ऐन, २०६३ र बीमा ऐन, २०४९ बमोजिम स्थापित)

रजिष्टर्ड कार्यालय : सिद्धार्थनगर-८, रुपन्देही, नेपाल

कorporate कार्यालय : नयाँ बानेश्वर-१०, काठमाडौं, नेपाल

हालसालै
खिचेको फोटो

ग्राहक पहिचान फाराम (KYC Form)

सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनि लाउण्डरिङ्ग) निवारण ऐन, २०६४ बमोजिम पेश गर्नुपर्ने विवरण बारे बित्तिय जानकारी एकाईबाट जारी निर्देशन अनुसार बीमितले बीमा प्रस्तावको साथमा उपलब्ध गराएको विवरण तथा कागजातको आधारमा तयार गरिएको

शाखा : प्रस्ताव नं. : मिति :

पुरा नाम, थर : श्रीमान/श्रीमती/सुश्री/नाबालक :

पुरा नाम, थर (In English : Capital Letter):

बाबु/आमाको नाम : जन्म मिति :

हजुरबुबाको नाम :

नागरिकता/पासपोर्ट नं. जारी मिति : जारी जिल्ला :

स्थायी ठेगाना :

अस्थायी/हालको ठेगाना :

मोबाइल नं.

पेशा, व्यवसाय : बार्षिक आम्दानी/कारोबार :

(पेशा, व्यवसाय र कार्यालयको नाम, कार्यक्षेत्र, नेपाल सरकार वा सरकारी स्वामित्वको निकायमा कार्यरत कर्मचारी भए परिचय पत्रको प्रतिलिपी संलग्न)

स्थायी लेखा नं. भए सो नम्बर :

बीमालेख नं. :

बैंकको नाम (खाता भएको): बैंकको शाखा :

बैंकको खाता नं.

ग्राहकको वर्तमान बासस्थानको नक्सा	औंठा छाप				
उ ↑	<table border="1"><tr><td style="width: 50px; height: 50px;"></td><td style="width: 50px; height: 50px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">दायाँ</td><td style="text-align: center;">बायाँ</td></tr></table>			दायाँ	बायाँ
दायाँ	बायाँ				

स्वघोषणा:

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौ कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरूको बारेमा पूर्ण जानकारी छौ र उक्त निर्देशनहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्न स्वीकार गर्दछु/गर्दछौ । सो नियमहरू पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तसो पक्षलाई कुनै नोक्सान पुग्न गएमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपूर्ति गर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौ ।

मिति :

ग्राहकको हस्ताक्षर

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

रुजू गर्ने :
नाम :
पद :
विभाग/क्षेत्रीय/शाखा/उप-शाखा कार्यालय:.....
मिति :
हस्ताक्षर :