



F.N.:001

प्रधान कार्यालय - ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल
कम्पनी दर्ता नं. १०३६/०६४/६५
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

जीवन बीमा प्रस्ताव फारम

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

फोटो

शाखा कार्यालय : अभिकर्ताको नाम : अभिकर्ता इजाजतपत्र नं. :

बीमा प्रस्तावक सम्बन्धि विवरण	
१.	
क) नाम, थर :	
ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER	
ग) स्थायी ठेगाना :	
अञ्चल :	जिल्ला : न.पा./गा.वि.स. : वडा नं. : फोन नं. : ईमेल :
घ) अस्थायी ठेगाना :	
अञ्चल :	जिल्ला : न.पा./गा.वि.स. : वडा नं. : फोन नं. : ईमेल :
ड) स्थायी लेखा नं. (लिएको भए)	
च) जन्म मिति :	उमेर : उमेर सम्बन्धि प्रमाण (प.नं. सहित) : लिङ्ग :
छ) राष्ट्रियता :	शैक्षिक योग्यता : फोन : मोबाईल नं. : ई-मेल :
ज) पेशा सम्बन्धी विवरण (आम्दानीको स्रोत) :	
i) व्यापार व्यवसाय : (प्रकृति समेत उल्लेख गर्ने)	i)
ii) नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना समेत उल्लेख गर्ने)	ii)
iii) कृषि : (व्यवसायको प्रकृति उल्लेख गर्ने)	iii)
iv) अन्य : (आय आर्जनको प्रकृति उल्लेख गर्ने)	iv)
झ) सबै स्रोतबाट सालाखाला मासिक आय :	रु.
ञ) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको पिता/पतिको नाम, थर :	
२. जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् :	
क) बीमा योजनाको किसिम :	
ख) बीमा अवधि :	वर्ष
ग) बीमाङ्क :	अंकमा : अक्षरमा :
घ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका	(वार्षिक/अर्धवार्षिक/त्रैमासिक)
ड) के तपाईं दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) चाहनुहुन्छ ?	
च) के तपाईं दुर्घटनाबाट वा विरामीबाट स्थायी अपाङ्ग सुविधा (PDB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
छ) के तपाईं दुर्घटनाबाट वा विरामीबाट स्थायी अपाङ्ग सुविधा बापत बीमा शुल्क छुट (PWB) लिन चाहनु हुन्छ ?	
ज) के तपाईं मासिक आम्दानी सुविधा (MIB) र बीमा शुल्क छुट सुविधा (PWB) लिन चाहनु हुन्छ? (बाल बीमा योजनाको लागि मात्र)	
३. बीमालेखको अवधि भित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनै पनि बेला बदल्न सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेख अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०४९ को दफा ३८ बमोजिम बीमितको आश्रितहरुलाई भुक्तानी गरिने छ।	इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर : इच्छाएको व्यक्तिको ठेगाना : इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम : बीमित र इच्छाएको व्यक्तिको बीचको नाता :
४. बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ?	
क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना	
(मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा संचालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक)	
ख) कुनै जोखिमपूर्ण पेशा वा उद्योग गर्ने	
ग) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने	

रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय : ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल, पो.व.नं.: ६४३, फोन: ९७७-०१-४४२३६९८, फ्याक्स: ९७७-०१-४४२३६५७
ई-मेल: info@reliablelife.com.np, वेबसाइट: www.reliablelife.com.np

५.	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नुभएको छ भने सो को देहाए बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।						
	कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा योजनाको किसिम	बीमाङ्क	बीमा अवधि	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ?	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)
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 तपाईं अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको बिरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नुभएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।						
	ख) अक्सर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ्ग होमको नाम, ठेगाना, दिनुहोस् ।						
	ग) तपाईंले विगत पाँच वर्षभित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? छ भने कुन किसिमको बिरामी भएको वा चोटपटक लागेको थियो ?						
	बीमित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :						
	क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने विवरण दिनुहोस्						
	ख) पछिल्लो पटक प्रसुति/महिना वारी भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।						
	ग) गर्भ पतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसुति भएको वा गरिएको भए विवरण दिनुहोस् ।						
	तपाईं (बीमा गर्न चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/अभिभावकको यस कम्पनी वा अन्य बीमा कम्पनीमा जीवन बीमा गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् ।						
	कम्पनीको नाम	प्रस्ताव/बीमालेख नं.	बीमा योजना	बीमाङ्क	हालको स्थिति (चालु वा व्यतित)		
	बालबच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नु पर्ने विवरण						
	क) बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :						
	ख) NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER						
	ग) स्थायी ठेगाना : अञ्चल : जिल्ला : न.पा./गा.वि.स : वडा नं. : फोन नं. : ईमेल :						
	घ) जन्म मिति : उमेर : लिङ्ग :						
	ड) राष्ट्रियता : स्वास्थ्य स्थिति :						
	च) प्रस्तावक र बीमितको नाता सम्बन्ध :						
	कैफियत :						

उद्घोषण

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरु सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दवाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सलग्न स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरु म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीच करारको आधारमा हुनेछ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि मेरो जीवन बीमा लागु हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मन्जुरी छ ।

कुनै पनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्था सँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेडले सोधपुछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरु प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनका लागि अख्तियार दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरु प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

मिति

ठेगाना

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
दस्तखत

कम्पनी दर्ता नं. १०३६/०६४/६५
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण

(बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

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

बीमा गर्न चाहने (बीमित) को विवरण						
१	क) पूरा नाम, थर : ख) ठेगाना :	क) ख)				
२	क) तपाईंको उचाई कति छ ? ख) तपाईं/बीमा चाहने व्यक्तिको बजन कति छ ?	क)	फिट	इन्च		
		ख)		के.जी.		
३)	क) तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ? ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ? ग) तपाईं हाल लागूपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थियो ? (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।)	क) गर्छु / गर्दिन ख) गर्छु / गर्दिन ग)				
४)	पारिवारिक इतिहास	जीवित		मृतक		
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
	माता पिता दाजु/भाई दिदी/बहिनी पति/पत्नी बच्चाहरु					
५)	क) तपाईंको कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरु पागलपन, छारे रोग, बात (गाउट) दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, मधुमेह, हेमोफिलिया वा अन्य पुख्रौली रोगबाट पीडित भए सो को विवरण दिनुहोस् ।				क)	
	ख) तीन वर्ष यता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा 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 ।				ख)	

रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय : ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल, पो.व.नं.: ६४३, फोन: ९७७-०१-४४२३६९८, फ्याक्स: ९७७-०१-४४२३६५७
ई-मेल: info@reliablelife.com.np, वेबसाइट: www.reliablelife.com.np

६)	तपाईंलाई कहिल्यै निम्न रोग लागेको वा लागेको थियो भनी भनिएको थियो ?	
क)	चक्काराउनु वा रिंगटा लाग्नु, मुर्छा पर्नु, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मगज तथा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी रोग ।	क)
ख)	एकनासले खोक्ने, दम, न्युमोनिया, प्ल्यूरीसी, खकारमा रगत आउने क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग ।	ख)
ग)	मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निस्सासिने, मुटु, हल्लिने वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अति रक्तचाप ।	ग)
घ)	कमलपित्त, एनिमिया, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा सम्बन्धी रोग ।	घ)
ङ)	कुनै चर्म सम्बन्धी रोग ।	ङ)
च)	हर्निया, हाईड्रोसिल, भेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुन्निने रोग ।	च)
छ)	मृगौला वा मूत्रस्थली बिग्रिएको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhoea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ।	छ)
ज)	क्यान्सर वा कुष्ठरोग ।	ज)
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 ?	झ)
ञ)	औलो, सन्यपात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो ।	ञ)
ट)	विफर	ट)
ठ)	पिसाबमा कहिले रगत पिप चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ?	ठ)
ड)	कहिले एक्सरे ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम वा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गरिएको थियो ?	ड)
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 ?	ढ)
७	तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत्-सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने कृपया पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।	

यदि प्रस्तावक र बीमित फरक फरक भएमा प्रस्तावक सम्बन्धि विवरण

क) पुरा नाम, थर	क)
ख) ठेगाना	ख)
ग) प्रस्ताव र बीमित बीच सम्बन्ध	ग)

उद्घोषण

उल्लेखित उत्तरहरु सत्य तथा पूर्ण छन् र मेरो जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरु दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार शुरु देखि नै रद्द हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु ।

मेरो यो स्वास्थ्य परीक्षण सम्बन्धी विवरण तथा जीवन बीमाको लागि संलग्न प्रस्ताव फाराममा सोधिएका प्रश्नहरुको उत्तर मेरो र रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड बीच भएको करारको आधार हुनेछ ।

मिति

ठेगाना

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
(प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)

जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको
दस्तखत

Estd Under Com pany Act 2063 and Insurance Act 2049

Branch :

Prop. No.:

MEDICAL EXAMINER'S REPORT

This Report is strictly confidential Statement and the Medical Examiner is requested to forward it direct to the Company and not to communicate its contents to the applicant or to other unauthorized person.

1	a) Full Name of the Life to be assured b) Age nearer Birthday.		
2	Has the proposer/life to be assured ever been attended by you. If so, Please state : a) The Nature of illness b) Duration of illness. c) Whether any special report/examination has conducted and any adverse finding revealed.		
3	GENERAL APPEARANCE a) Does the proposer/life to be assured appearance correspond to the age stated ? b) Is there any deformity, any abnormal spinal curvature, any abnormality of growth, any mutilation or scar of operation ? If so, give particulars . c) Have you any reason to suspect intemperance in the consumption of alcohol, cigarettes or the use of narcotics ?		
4	BUILD a) Height without shoes b) Chest at expiration c) Chest at deep inspiration	a) b) c)	d) Weight in thin clothes e) Abdominal girth f) Has weight recently increased/ decrease d) e) f)
5	CIRCULATORY SYSTEM a) In which intercostals space is the apex beat palpable ? b) Is there evidence of cardiac enlargement or displacement ? c) Is there evidence of dyspnoea cyanosis or oedema ? d) Pulse rate per minute e) Is the Pulse regular ?..... If not, state irregularities per minute at rest after exercise f) Blood Pressure Systolic (1) (2) (3) (Please record 3 readings) Diastolic (5th Phase) (1) (2) (3) g) Is there a heart murmur ? If so, please describe below . i) Location apical area { } Aortic Area { } Pulmonic Area { } ii) Timing Systolic { } diastolic { } Presystolic { } iii) Transmission : neck { } axilla { } scapula { } iv) Is murmur : { } constant { } Inconstant { } absent v) Effect of exercise { } Increased { } Decreased { } Unchanged		
6	RESPIRATORY ORGANS a) Is the result of percussion normal ? If not please give details . b) Is the result of auscultation normal ? If not, please give details . c) Is there any evidence of disease of the respiratory organs ? If so, please describe .		

Reliable Nepal Life Insurance Ltd.

Head Office : Gyaneshwor, Kathmandu, Nepal, P.O.Box No.: 643, Tel:977-01-4423618, Fax: 977-01-4423657

Email : info@reliablelife.com.np, Website : www.reliablelife.com.np

7	DIGESTIVE ORGANS a) Do palpation and percussion suggest any pathological changes of the abdomen or is there tenderness or pressure over the epigastrium ? If so, Please give details. b) Is there evidence of enlargement of the liver and or spleen ? c) Is there hernia ? d) Condition of teeth ?	a) b) c) d) Good { } Fair { } Poor { }
8)	GENITO-URINARY ORGANS a) Urinalysis (the urine should be passed in the presence of the Medical Examiner) b) Is there any suspension of the sexual organs (Prostate Gland), testes, epididymis ? (for male only) c) Is hydrocele present ? (for male only)	a) Albumin Sugar b) c)
9	EYES AND EARS Is there any disease/defects of the Eyes or Ears ? If so, please describe and indicate whether uni-or bilateral and detail at current conditions.	
10	NERVOUS SYSTEM Is there any suspension of mental or neurological disorder ? If Yes, please give details	
11	SKIN AND BONES a) Is any evidence of skin disease ? b) Is there any evidence of disease of the bones or joints ?	a) b)
12	MODE OF LIVING Is the proposer/life to be assured occupation or mode of living likely to be detrimental to his health ?	
13	AIDS Has the proposer ever been counseled or Medically advised in connection with AIDS or had an AIDS blood test ? If so please give details, date and results	
14	For female lives only a) Is there any disease of the breasts ? b) Is there any evidence of pregnancy ? If so, months..... ? c) Do you suspect any disease of uterus, cervix or ovaries ?	a) b) c)
15	OTHER REMARKS, if any :	

I hereby declare that I have today examined the Proposer whose own signature is as below and have answered the foregoing questions to the best of my profession, knowledge and belief .

Dated at this day of20.....

Medical Examiner's SignatureQualification and NMC No.

Address

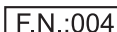
मिति	साक्षी (यदि प्रस्तावक वा बीमा चाहने व्यक्ति निरक्षर भएमा)	जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत (यदि बीमा प्रस्तावक र बीमा चाहने व्यक्ति फरक भएमा)	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको नाम/दस्तखत
ठेगाना			

(to be signed in the presence of the Medical Examiner in the language as signed in proposal Form/ स्वास्थ्य परिक्षकको अगाडि प्रस्ताव फारममा सही गरेको भाषामा दस्तखत गर्नुहोस् ।)

Chief Medical Officer's Opinion

Signature :

Date:



अभिकर्ता प्रतिवेदन

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

अभिकर्ताको नाम :

अभिकर्ताको ई.प.नं. :

१.	क) प्रस्तावकलाई कहिलेदेखी चिन्नुहुन्छ ?	क)
	ख) के तपाईं प्रस्तावकको नातेदार हुनुहुन्छ ? यदि हुनुहुन्छ भने तपाईंको नाता ?	ख)
	ग) यदि प्रस्तावकसँग हालसालै चिनापर्ची भएको भए कहिले र को द्वारा भएको हो ?	ग)
२	क) प्रस्तावकको परिचयबाट तपाईं पूर्ण सन्तुष्ट हुनुहुन्छ ?	क)
	ख) बीमितको उमेर कति छ ? उल्लेखित उमेर भन्दा बढी/घटी देखिन्छ कि ? यदि देखिन्छ भने कति वर्षले देखिन्छ ?	ख)
३.	क) के प्रस्तावक व्यापारी हो ? हो भने व्यापारको प्रकृती कस्तो छ ।	क)
	ख) प्रस्तावक जागीदार हो ? हो भने पद/जागीर दिने संस्थाको नाम, ठेगाना दिनुहोस् ।	ख)
	ग) सबै श्रोतबाट प्रस्तावकको मासिक/वार्षिक आम्दानी कति हुन्छ ?	ग)
४.	क) बीमित/प्रस्तावकको शारीरिक बनावट कस्तो छ ?	क) प्रस्तावकको ख) बीमितको
	ख) बीमित/प्रस्तावकको शारीरिक बनावट कस्तो छ ? अ) अग्लो वा होचो आ) दुब्लो वा मोटो इ) सोभ्रो वा कुग्रो	ख) प्रस्तावकको अ) आ) इ)
	ग) के प्रस्तावकको/बीमितको/व्यक्तिको शारीरिक खोट (वा अपाङ्गता) छ ? छ भने उल्लेख गर्नुहोस् ।	ग) प्रस्तावकको ग) बीमितको
५.	कम्पनीको अभिकर्ताको हैसियतले बाहेक बीमितको जीवन बीमा ल्याउन अरु कुनै कारणबाट दिलचस्पी लिनु भएको हो कि ?	
६.	तपाईंलाई (यदि प्रस्तावक र जीवन बीमा गर्ने व्यक्ति छुट्टाछुट्टै भएमा) बीमितको जीवन बीमा गर्दा जोखिम वृद्धि गराउन असर पर्ने तथा बीमा प्रस्ताव छानवीन गर्दा विशेष ध्यान दिनुपर्ने खालको निजको पेशा वा आर्थिक शारीरिक, सामाजिक तथा अन्य स्थितिबारे केही जानकारी छ कि ?	
७.	जीवन बीमा गराउनुको उद्देश्य के हो ?	
८.	जीवन बीमाको लागि बीमित योग्य छ भन्नेकुरामा के तपाईं सहमत हुनुहुन्छ ?	

मैले बीमा अभिकर्ता आचारसहिता राम्रोसँग पढेको वा बुझेको छु र प्रचलित नियम, कानून विपरित हुने गरी कुनै पनि व्यहोरा उल्लेख गरिएको छैन र माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरु सत्य र साँचो हुन् भनी म उदघोषण गर्दछु ।

अभिकर्ताको दस्तखत

नाम

ਠੇਗਾਨਾ

मिति

मोबाइल नं.

रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय : ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल, पो.व.नं.: ६४३, फोन: ९७७-०१-४४२३६९८, फ्याक्स: ९७७-०१-४४२३६९७
ई-मेल: info@reliablelife.com.np, बेभसाइट: www.reliablelife.com.np