



फोटो

**रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड**  
कम्पनी ऐन २०६३ (दर्ता नं. १०३६/०६४/०६५) र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित  
प्रधान कार्यालय - ज्ञानेश्वर, काठमाडौं

**रिलायबल सुरक्षित जीवन बीमालेख प्रस्ताव फाराम**  
नेपालको बीमा नियमनकारी निकाय, बीमा समितिबाट स्वीकृत बीमालेख

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

प्रस्तावकको विवरण	
प्रस्तावकको नाम :	वैदेशिक रोजगारमा जाने वा भएको मुलुकको नाम :
जन्म मिति :	म्यानपावर कम्पनीको नाम :
राहदानी नम्बर :	ईमेल :
सम्पर्क नं. मोबाइल : आवास:	सम्पर्क नं.
ईमेल :	म्यानपावर कम्पनीको ठेगाना :
ठेगाना :	प्रदेश नं.: जिल्ला :
प्रदेश नं.: जिल्ला :	म.न.पा./उ.न.पा./न.पा./गा.पा. :
म.न.पा./उ.न.पा./न.पा./गा.पा. :	वडा नं.
वडा नं.	
इच्छाइएको व्यक्ति तथा वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्तिको विवरण	
ईच्छाएको व्यक्तिको नाम :	वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्तिको नाम :
प्रस्तावकसँगको नाता :	प्रस्तावकसँगको नाता :
सम्पर्क नं. मोबाइल : आवास:	सम्पर्क नं. मोबाइल : आवास:
ठेगाना :	ठेगाना :
प्रदेश नं.: जिल्ला :	प्रदेश नं.: जिल्ला :
म.न.पा./उ.न.पा./न.पा./गा.पा. :	म.न.पा./उ.न.पा./न.पा./गा.पा. :
वडा नं.	वडा नं.
बैंकको नाम र शाखा :	बैंक खाता नम्बर :

**रिलायबल नेपाल लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड**

प्रधान कार्यालय - ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, पो.ब.नं. ६४३, फोन: ९७७-०१-४५२३६९८, फ्याक्स: ९७७-०१-४५२३६५७

ईमेल: info@reliablelife.com.np, वेबसाइट: www.reliablelife.com.np

**स्वास्थ्य अवस्था सम्बन्धी विवरण**

(सबै प्रश्नको उत्तर हस्तलिखित रूपमा दिनु पर्नेछ ।)

१. के तपाईंलाई उच्च रक्तचाप छ ?	
२. के तपाईंलाई मधुमेह (डायाबिटीज मेलिटस) छ ?	
३. के तपाईंलाई मुटुसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?	
४. के तपाईंलाई मृगौलासँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?	
५. के तपाईंलाई कलेजोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?	
६. के तपाईंलाई कुनै प्रकारको ट्युमर वा अर्बुद रोग क्यान्सर छ ?	
७. के तपाईंलाई मस्तिष्कसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?	
८. के तपाईंलाई स्नायुसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?	
९. के तपाईंले बीमालेख प्रस्ताव गर्नु पूर्व क्यान्सर, हृदयघात, कारोनरी आर्टरी वाइपास ग्राफ्ट, मुटुका भल्भ मर्मत/प्रतिस्थापन, कोमा, मृगौला फेलियर, स्ट्रोक, महत्वपूर्ण अंगको प्रत्यारोपण, पक्षघात, मलिटपल स्क्लेरोसिस, प्राइमरी पल्मनरी आर्टिरियल हाइपरटेन्सन, अयोर्टा ग्राफ्ट सर्जरी, बेनाइन ब्रेन ट्युमर, दुर्घटनाको कारणबाट मानसिक रोग जस्ता घातक रोग भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिन भएको छ ?	
१०. के तपाईं विगत २ वर्षको अवधिमा गम्भिर प्रकृतिको कुनै स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या आई वा कुनै रोगको निदान भई वा दुर्घटनाबाट घाइते भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिन भएको छ ?	

म यो घोषणा गर्दछु कि, माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरू मैले जाने बुझे सम्म सत्य रहेका छन् । यदि माथि उल्लेखित विवरणहरू भ्रुष्टा ठहरिएमा वा गलत विवरण बुझाएर बीमकलाई भुक्त्याएको ठहरिएमा यो करार रद्द हुनेछ, भन्ने कुरामा जानकार भई सहमति जनाउँदछु ।

**बीमितको एकाघर परिवारका सदस्यहरूको विवरण**

क्र.सं.	नाता	नाम, थर
१	पति/पत्नी	
२	बाबु	
३	आमा	
४	बाजे	
५	छोरा	
६	छोरी	
७	बुहारी (छोराको श्रीमती)	

**प्रस्तावसाथ अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू :**

१. राहदानीको प्रतिलिपी
२. मेडिकल रिपोर्टको प्रतिलिपी
३. भिषाको प्रतिलिपी

**प्रस्तावकको**

हस्ताक्षर :

नाम :

मिति :

सम्पर्क नं. :