



ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
प्रधान कार्यालय - शान्ता प्लाजा, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. ८८८५२८९, पो.ब.नं. ९२८३३, ईमेल: info@jyotilife.com
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०८९ अन्तर्गत स्थापित)

व्यक्तिगत स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरण / PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM (Form No: JU 2)

Proposal / Policy No.

कृपया सफासँग लेख्नुहोस्, कुनै केरमेट 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) पूरा नाम, थर Full Name, Surname : उमेर/Age :				
	ख) ठेगाना /Address :				
२.	बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको/Proposed Insured's उचाई/Height : in FT/Inches तौल/Weight : in KG				
३.	क) के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ?/Do you consume Alcohol ? <input type="checkbox"/> गर्दछु/Yes <input type="checkbox"/> गर्दिन/No ख) तपाईं धुम्रपान गर्नुहुन्छ ?/Do you Smoke ? <input type="checkbox"/> गर्दछु/Yes <input type="checkbox"/> गर्दिन/No ग) तपाईं हाल लागूपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग गर्नु भएको थियो?/Do you currently or in past have take any drugs? : <input type="checkbox"/> गर्दछु/Yes <input type="checkbox"/> गर्दिन/No (यदि गर्नुहुन्छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस्।) /If yes, please mention name, frequency and type of drugs:				
४.	पारिवारिक इतिहास Family History	जीवित/ Alive		मृतक / Dead	
		हालको उमेर Current Age	स्वास्थ्यको अवस्था Health Status	उमेर (मृत्युको समयमा) Age at time of death	मृत्युको सास कारण Cause of death
	माता/Mother				
	पिता/Father				
	दाजु/भाई/Brother				
	दिदी/बहिनी/Sister				
	पति/पत्नी/Spouse				
	छेरा, छोरी/Children				
५.	साधारण विवरण / General Details:				
	क) के तपाईं/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति अहिले पूर्ण स्वस्थ हुनुहुन्छ ? र यसअघिको विरामी वा चोटपटकको असरबाट मुक्त भइसक्नु भएको छ ? यदि छैन भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् । Are you/ life to be assured currently in good health? And recovered from any previous illness or injury ? If not, please give details.				
	ख) अवसर तपाईंलाई औषधोपचार गर्ने चिकित्सक, अस्पताल वा नर्सिङ होमको नाम, ठेगाना, दिनुहोस् । Give name and address of doctor, hospital or nursing home you visit for regular checkup.				
	ग) तपाईंले वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसैबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? वा कुनै उपचार गरिरहेको अवस्था वा कुनै किसिमको औषधी सेवन गरिरहनु भएको छ ? यदि छ भने सो को कारण र औषधीको किसिमको बारेमा जानकारी दिनुहोस् । Have you or life to be assured taken any medical consultancy in the past 5 years ? or currently in 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 दिनुहोला/Please answer below questions in "Yes" or "No"				
	क) तपाईंको कुनैपनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पागलपन, छारे रोग, बाथ (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, हेमोफिलिया, मधुमेह, thyroid को समस्या, उच्च रक्तचाप, घात, कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अन्य पुरखैली रोगबाट पीडित भए सोको विवरण दिनुहोस् । 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 any heredity disease, then please give details:				
	ख) तीन वर्षयता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बस्नु भएको छ ? यदि बस्नुभएको भए सोको मिति, अवधि, अवसर औषधोपचार गर्ने डाक्टरको नाम, थर, ठेगाना र छ भने अस्पतालको संकेत समेतको विवरण दिनुहोस् । 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.	के तपाईंमा वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिलाई कहिल्यै तल उल्लेखित रोग वा जाडवडीको लक्षण देखिएको छ ? वा सोको लागि तपाईंले कहिल्यै जाँच, उपचार वा शल्यक्रिया गराउनु भएको छ ? प्रश्नहरूको उत्तर "छ" वा "छैन" मा दिनुहोला /Have you or life to be assured ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for following diseases or problems ? Please answer in "Yes" or "No".				
	क) Stroke, Paralysis, Seizure, Epilepsy, Coma, व्यग्रता, विषाद, चक्कराउनु वा रिंगडा लाग्नु, मुर्छापर्व, फिट्स, पक्षघात, पागलपन भएको कारणबाट बेहोस हुने वा अन्य कुनै मस्तिष्क वा स्नायु प्रणाली सम्बन्धी 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, दम, न्यूमोनिया, प्ल्यूरिसि, रक्तकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग । Continuously coughing, asthma, pneumonia, pleurisy, blood in sputum, tuberculosis or any other lungs disease.				
	ग) मुर्छाहने, छाती दुख्ने, निरसासिने, मुटु हल्लिने, हृदयघात वा अन्य कुनै मुटुसम्बन्धी रोग वा उच्च रक्तचाप । Unconsciousness, chest pain, suffocation, heart vibration, hypertension, heart attack or any other heart disease.				
	घ) कमलपित्त, एमिनिया, hepatitis, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, छेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्दा सम्बन्धी रोग ? Jaundice, anemia, hepatitis, piles, dysentery, diarrhea, stomach pain, appendicitis or any other disease related to stomach, liver, spleen or intestine ?				
	ङ) कुनै चर्म सम्बन्धी रोग /Any skin disease.				

च) हर्निया, हाईड्रोसिल, मेरीकोसेल, फिस्टुला वा नसा सुनिनेरोग I/Hernia, hydrocele, varicocele, fistula or nerve swelling disease.	
छ) मधुमेह, High Blood Sugar, Thyroid Disorder, मुगौला वा मुत्रथैली बिरोको, जलग्रह, Rheumatism, Gonorrhea, Syphilis वा अन्य सरुवा रोग ? / Diabetes, High Blood Sugar, Thyroid Disorder, Kidney Disorder or urinary system, urinary bladder, rheumatism, gonorrhea, syphilis or any contagious disease ?	
ज) कुनै किसिमको क्यान्सर, Tumor, Cyst, कुष्ठरोग? / Any form of Cancer, Tumor, Cyst or Leprosy?	
ग) 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? / 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?	
ग) औलो, सन्यापात (टाईफाइड), रुघा, खोकी, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो / Malaria, Typhoid, cold, cough, kalaazar or other fever which last for week.	
घ) विष्पर / Smallpox	
ठ) पिसाबमा कहिले रगत पिप चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो?/Ever seen blood, puss, sugar or albumin in urine?	
ड) कहिले घक्सरे, ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, वा radiological, cardiological, pathological, रगत जाँच जस्ता अरु कुनै परिक्षण गरिएको थियो भने सो को विवरण दिनुहोस् ? / Ever done tests such as x-ray, electrocardiogram, radiological, cardiological, pathological, blood test or any other similar tests ? If yes, give reason.	
ढ) कुनै शल्यक्रिया, दुर्घटना वा सस्त 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 ? / 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) के तपाईंले एड्स, एड्ससँग सम्बन्धित जटिलता वा एड्ससँग सम्बन्धित अन्य कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्नु भएको छ ? वा तपाईंलाई सो भएको भनिएको छ ? वा तपाईंले एड्स परिक्षण गराउनु भएको छ ?(कृपया कारण र परिणाम उल्लेख गर्नुहोला) वा तपाईंलाई बढी थकाई लाग्ने, तौल घट्ने, बराबर पसाला लाग्ने, लिम्फाग्रन्थी बढेको वा अस्वाभाविक चर्मरोग 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 ?	

क. माथि उल्लेखित प्रश्नहरूको उत्तर कुनै "छ" भन्ने भएमा त्यस सम्बन्धि निम्न विवरण दिनुहोस् : मिति, रोगको अवधि, जचाइ राखेको चिकित्सको नाम, जचाएको अस्पतालको नाम, कारणहरू, गरिएको जाँचहरू, परिणाम र हालको अवस्थाबारे पूर्ण विवरण दिनुहोस् । /If any answers 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.

यदि प्रस्तावक र बीमित फरक फरक भएमा प्रस्तावक सम्बन्धि विवरण
 DETAILS OF PROPOSER IF ASSURED AND PROPOSER IS NOT SAME

क) पूरा नाम, थर /Full name, surname :
 ख) ठेगाना /Address :
 ग) प्रस्ताव र बीमित बीच सम्बन्ध /Relation between proposer and assured :

उद्घोषण / DECLARATION

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोखिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनैपनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि नै रह हुने छ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र सो कारण कम्पनीले दाबी भुक्तानी नगरे मेरो कुनै अपवाद हुने छैन ।

यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सर्लान स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार 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 लागू हुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मन्जुरी छ ।

कुनैपनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्था सँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनैपनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिइमा मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनका लागि अस्तित्वार दिनुछु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्न कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

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 assesement of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and Jyoti 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 Jyoti Life Insurance Company. I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the Jyoti 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 Jyoti 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

जीवन बीमा प्रस्तावकको दस्तखत
 (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)
 Proposer's Signature
 (If Proposer and Assured is different)

मिति/Date :

ठेगाना/Address :

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase Proposer is Illiterate

नाम/Name :

मिति/Date :

दस्तखत/Signature :

ठेगाना/Address :