

JyotiLife

ज्योति लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
 प्रधान कार्यालय - शान्ता प्लाजा, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल
 फोन नं. ८८४५९४९, पो.ब.नं. ९९४३३, ईमेल: info@jyotilife.com
 (कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०४९ अन्तर्गत स्थापित)

सामूहिक जीवन बीमाको लागी व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM FOR GROUP INSURANCE (Form No.: JU 7)

1	Group Policy No. Employer's Name : Certificate No. Employment Effective Date: Designation:
2	पूरा नाम, थर /Full Name, Surname : स्थायी ठेगाना /Address : फोन नं. / Phone No. अस्थायी ठेगाना /Address : मोबाइल नं. / Mobile No. जन्म मिति /Date of Birth : उमेर /Age : लिंग /Gender : पुरुष (Male) / महिला (Female)/अन्य (Other) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको / Proposed Insured's : उचाई/Height : in FT/Inches, तौल/weight : in KG
3	व्यक्तिगत चिकित्सक वा पारिवारिक चिकित्सकको नाम तथा ठेगाना (यदि छ भने)/Name and address of personal physician or family doctor if any : अन्तिम पटक जाँचको मिति / Date of Last Examination: कारण / Reason: प्राप्त सल्लाह / Advice Given:.....
4	बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ? Do you intend to work as below ? क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाईसेना /Infantry, Navy, Air Force : ख) मान्यता प्राप्त हवाई सेवाद्वारा संचालित नियमित भाडा तिरी यात्रा गर्ने यात्रु भई उडान गर्दा बाहेक । Do you intend to travel other than as a regular fare-paying passenger in permitted airlines? ग) कुनै जोखिमपूर्ण खेलकुद वा कृषाकलापमा भाग लिने वा पेशा वा उद्योग गर्ने / Do you intend to undertake or participate in any kind of hazardous sports / activities or work in any hazardous occupation or business ? घ) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने / Do you intend to stay abroad ? माथि उल्लेखित कुनै प्रश्नको उत्तर 'छ' भन्ने भएमा त्यस सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् । / If any of answers to above questions is "Yes", please give details:
5	क) के तपाईंले विगत १२ महिनामा चुरोट वा अन्य कुनै प्रकारको सूतिजन्य पदार्थ वा रक्सी/अन्य मादक पदार्थ सेवन गर्नु भएको छ? यदि छ भने सोको किसिम र प्रति दिनको मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् । Have you smoked cigarettes, or any form of tobacco or consumed alcohol within the past 12 months? If yes, state how many/much per day. Type..... Quantity/day ख) के तपाईंले कुनै स्वास्थ्योपचार वा शल्यक्रिया वा स्वास्थ्य परीक्षण गराउनु भएको छ वा अस्पताल भर्ना हुनु भएको छ वा तपाईंलाई कुनै स्वास्थ्य परीक्षण, शल्यक्रिया वा अस्पतालमा भर्ना हुने सल्लाह दिईएको थियो जुन गरिएको थिएन ? Have you had any medical or surgical treatment or investigative medical tests or hospitalization or have you been advised to undergo any diagnostic tests, hospitalization or surgery which was not done? ग) तपाईंले विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ ? र के तपाईं हाल कुनै उपचार गरिरहेको अवस्था वा कुनै किसिमको औषधी सेवन गरि रहनु भएको छ? यदि छ भने सो को कारण र औषधी को किसिमको बारेमा जानकारी दिनुहोस् । Have you ever taken any medical consultancy in the past 5 years? Or currently are you under any kind of treatment or under any kind of medications? If Yes, state reason and type of medications. प्रस्तावक महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण / To be filled only in the case of Female Proposer क) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? हुनुहुन्छ भने कति महिना भयो? Are you curenly pregnant? If Yes, how many months? ख) के तपाईंलाई कहिल्यै गर्भपतन वा अन्य कुनै असामान्य किसिमको प्रसुति भएको वा छाती वा स्त्रीअंगहरु सम्बन्धी कुनै रोग वा विसञ्चो भएको छ ? Have you ever had miscarriage, abortion or other complications during childbirth or disorder of the breast or female organs?
6	के तपाईंमा कहिल्यै तल उल्लेखित रोग वा गडवडीको लक्षण देखिएको छ वा सोको लागि तपाईंले कहिल्यै जाँच, उपचार वा शल्यक्रिया गराउनु भएको छ ? Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for: क) बाथज्वरो (Rheumatic Fever), उच्च वा न्यून रक्तचाप, छातीको दुखाई, हृदयघात वा मृदु, रगत वा रगत नली सम्बन्धी अन्य कुनै रोग वा गडवडी ?/ Rheumatic Fever, high blood pressure, chest pain, heart attack or any disorder of heart, blood or blood vessels ? ख) कुनै किसिमको अर्बुदरोग (Cancer), द्यूमर वा सिष्ट (Cyst)? Any form of cancer, tumor or cyst? ग) मधुमेह, उच्चरक्तसुगर, थाईराइड ग्रन्थी सम्बन्धी गडवडी वा अन्य कुनै अन्तःस्राव ग्रन्थी (Endocrine) सम्बन्धी गडवडी? Diabetes, high blood sugar, thyorid disorder or any endocrine disorder? घ) हेपाटाइटिस (Hepatitis) वा कलेजो, आमाशय, उदर र उदरीयअंग सम्बन्धी अन्य रोग वा गडवडी? Hepatitis or any other liver, stomach or intestines disorder? ङ) मृगौला, मूत्रेन्द्रिय वा प्रजननाङ्ग सम्बन्धी कुनै रोग वा विसञ्चो? Any kidney, urinary or reproductive disorder?

च) घात (Stroke), छारेरोग, पक्षघात वा अन्य कुनै स्नायु सम्बन्धी रोग वा विसन्चो? Stroke, epilepsy, seizure, paralysis or any other nervous disorder?	
छ) कुनै प्रकारको रगत सम्बन्धी रोग वा गडवडी? / Any form of blood disorder or diseases?	
ज) दम, क्षयरोग, श्वास-प्रश्वास वा फोक्सो सम्बन्धी रोग? Asthma, tuberculosis, respiratory or lung disease?	
झ) व्यग्रता (Anxiety) र विषाद (Depression) लगायत मानसिक वा मनोवैज्ञानिक रोग वा बिमारी? Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?	
ञ) मांशपेशी, मेरुदण्ड, जोर्नी र हातसुट्टा सम्बन्धी चेतना शुन्यता वा कंपन लगायत कुनै रोग वा बिमारी? Any diseases or disorder of the muscles spin, joints and limbs including loss of feeling or tremor?	
ट) अत्याधिक मदिरापान, मदिरा वा औषधी दुर्व्यसन? Excessive consumption of alcohol, alcoholism and drug abuse?	
ठ) कुनै दिर्घरोग अवस्था, अशक्ति, कुनै किसिमको आँखा, श्रवण, वा वाक सम्बन्धी रोग गडवडी वा माथि उल्लेख नभएको अन्य कुनै रोग वा घाउचोट? Any chronic condition, infirmity, any form of eye, hearing or speech disorder or disease or injury not mentioned above?	
ड) 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 तपाईंलाई एड्स परिक्षण गराउनु भएको छ ? (कृपया कारण र परिणाम उल्लेख गर्नुहोला) वा तपाईंलाई बढी थकाई लाग्ने, तौल घट्ने, बराबर पसाला लाग्ने, लिम्फाग्रंथी 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 ?	
ढ) के तपाईंको कुनै नजिकको नातेदार माथि उल्लेखित अवस्थाबाट कहिल्यै पीडित भएको वा मृत्यु भएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस्/ Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions state above? If yes please give details. Family Member Age Health Status/Cause of Death Age at time of diagnosis Age at Death	

माथि उल्लेखित प्रश्न नम्बर ५ र ६ को उत्तर कुनै 'छ' भन्ने भएमा त्यस सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् : मिति, रोगको अवधि, जघाइ राखेको चिकित्सको नाम, जघाइएको अस्पतालको नाम, कारण, जाेरिएको जाँचहरु, परिणाम र हालको अवस्थाबारे पूर्ण विवरण दिनुहोस् । / If any of answers to above questions no 5 and 6 is "Yes", then please give details: dates, period of such disease, attending doctor's name, hospital name, reasons for consultations, tests performed, results, diagnosis, treatment and current condition.

बीमालेसको अवधि मित्र बीमितको मृत्यु भएमा बीमालेस अन्तर्गत भुक्तानी लिन कसलाई इच्छाउनु हुन्छ ? (बीमितले चाहेमा आफ्नो इच्छाएको व्यक्ति कुनैपनि बेला बदल्न सक्नेछ र यदि बीमितले कसैलाई पनि नइच्छाएमा वा बीमितको मृत्यु भएको बखत बीमितले इच्छाएको व्यक्तिको मृत्यु भइसकेको रहेछ भने बीमालेस अन्तर्गत भुक्तानी गरिने रकम बीमा ऐन २०७२ को दफा ३८ बमोजिम बीमितको आश्रितहरुलाई भुक्तानी गरिनेछ । / 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 38 of Insurance Act 2049.

इच्छाएको व्यक्तिको पूरा नाम, थर इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम ठेगाना बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बिचको नाता
Beneficiary's Full Name, Surname Father's /Mother's name of Beneficiary Address : Relationship
.....

उद्घोषण / DECLARATION

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरु सत्य तथा पूर्ण छन र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोरिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनैपनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । त्यस्ता तथ्यहरु दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र ज्योति लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि नै रद्द हुने छ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र सो कारण कम्पनीले दावी भुक्तानी नगरे मेरो कुनै अपवाद हुने छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सल्लाह स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरु म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति र ज्योति लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ भन्नेकुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेस नम्बर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि मेरो जीवन बीमा लागूहुनेछ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेस सम्बन्धी कागजातलाई स्वीकार गर्न मेरो मञ्जुरी छ । कुनैपनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनैपनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग ज्योति लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिएमा मेरो मञ्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरु प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनका लागि अस्तित्थार दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरु प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्ने छैन । 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 and I have not concealed 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 मिति/Date :
Life to be assured's Signature: ठेगाना/Address :

बीमालेसधारकले भर्नु पर्ने / To be filled by Policyholder

उपयुक्त कोठामा चिन्न लगाउनु होस / Please check appropriate box : नयाँ भर्ना / New Employee तलब परिवर्तन / Change in Salary
 इच्छाएको व्यक्ति परिवर्तन / Change of Beneficiary वर्ग परिवर्तन / Change of Class or sub group
स्वास्थ्यको दृष्टीकोणबाट कर्मचारी वा उसको कुनै आश्रितहरु बीमा गराउनु नहुने कुनै कारण तपाईंलाई थाहा छ वा कर्मचारी रोग वा चोटपटकको कारण विगत ६ महिनाको अवधिमा काममा आउन नसकेको तपाईंलाई थाहा छ ? From a health point of view, do you know any reason why the employee should not be insured or has the employee been absent from work because of sickness or injury during the past six months? छ (Yes) / छैन (No)

बीमालेसधारकको दस्तखत र छाप मिति/Date :
Policyholder's Signature and stamp: ठेगाना/Address :