



SuryaJyoti

जीवनको लागि

सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

प्रधान कार्यालय - शान्ता प्लाजा, चानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल

फोन नं. ८५४५९४७/४८/५०, पो.ब.नं. १९४३३, ईमेल: info@suryajyotilife.com

(कम्पनी ऐन २०६३ र नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट इजाजतपत्र प्राप्त)

Photo

प्रस्ताव नं.

जीवन बीमा प्रस्ताव फारम (Form No: UND 1)

कृपया सफासँग लेख्नुहोस् कुनै केरेमेट भएमा उक्त ठाउँमा दस्तखत गर्नुहोस् र टिपेक्स प्रयोग नगर्नुहोस् । (Please write clearly and do counter sign for any correction and do not use tipex)

शाखा कार्यालय (Branch) : अगिकर्ताको कोड नं./इ.प. नं.
अगिकर्ताको नाम (Agent Name) : (Agent's Code No./ License No.) :

बीमा प्रस्तावक सम्बन्धी विवरण

१. क) नाम, थर :

NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER :

ख) स्थायी ठेगाना /Permanent Address :
 प्रदेश /Province : जिल्ला/ District : न. पा/गा.पा/ Municipality / R.M.:
 टोल /Street : वडा नं /Ward No : फोन नं./Phone No. :

ग) अस्थायी ठेगाना / Temporary Address :
 प्रदेश /Province : जिल्ला/ District : न. पा/गा.पा/ Municipality / R.M.:
 टोल /Street : वडा नं /Ward No : फोन नं./Phone No. :

घ) जन्म मिति /Date of Birth : उमेर /Age : लिंग /Gender : पुरुष (Male) महिला (Female) अन्य (Other)

ङ) उमेर सम्बन्धी प्रमाण / D.O.B Document : च) राष्ट्रियता /Nationality :

प्राथमिक मोबाईल नं./ Primary Mobile No : बैकल्पिक मोबाईल नं./ Secondary Mobile No :

छ) ईमेल / Email : शैक्षिक योग्यता /Qualification :

ज) पेशा सम्बन्धी विवरण (आम्दानीको स्रोत) / Occupational Detail (Source of Income) :
 क) व्यापार व्यवसाय : (प्रकृति समेत उल्लेख गर्नु) /Business (Mention type also) :

ख) नोकरी (पद र कार्यालयको नाम ठेगाना समेत उल्लेख गर्नु) /Job (Position, Nature of Job, Office name and address) :

ग) कृषि : (व्यवसायको प्रकृति उल्लेख गर्नु) / Agriculture (Mention type also) :

घ) अन्य : (आय आर्जनको प्रकृति उल्लेख गर्नु) /Other (Mention source of income) :

ञ) सबै स्रोतबाट सालासाला मासिक आय / Monthly income from all source :

२. जीवन बीमा सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् / Please give details of Life insurance :

क) बीमा योजनाको किसिम Insurance Plan : ख) बीमा अवधि Policy Term:

ग) वार्षिक फिर्ता योजनामा फिर्ता रकम प्रतिशत / Return Percentage of yearly money back plan: ग) भुक्तानी अवधि / Pay term:

घ) चौरासी पुजा एकल बीमा योजनाको लागि डिफर्मेन्ट अवधि / Deferment period for Chaurasi puja single payment Plan:

घ) बीमा रकम Proposed Coverage Amount (\$A) :
 अंकमा / In Figure :
 अक्षरमा/ In Words :

ङ) बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका / Premium Paying Frequency : Annually / Semi-Annually / Quarterly / Single

च) माग गरिएको पूरक करारहरू (चाहिँपमा चिन्ह लगाउनु होला) / Required Supplementary Contracts (Optional Benefits, Tick if required) :
 i) Only ADB Rs. ii) ADB, TPD, PWB Rs. iii) Critical Illness (18 D) Rs.
 iv) Critical Illness (35 D) Rs. v) MIB/ PWB (in Child Policy Only) Rs. vi) Other Rs.

३. बीमालेसको अवधि भित्र 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 २०७९ को दफा १२७ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई 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 127 of Insurance Act 2079.)

इच्छाएको व्यक्तिको पूरा नाम, थर Beneficiary's Full Name, Surname	ठेगाना Address :	इच्छाएको व्यक्तिको पिता/माताको नाम Father's /Mother's name of Beneficiary	बीमित र इच्छाएको व्यक्ति बिचको नाता Relationship
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

४. बीमितको देहायको कुनै काम गर्ने मनसाय छ कि ? /Do you intend to work as below ?

क) स्थल सेना, जल सेना वा हवाई सेना /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 पेशा वा उद्योग गर्ने / Do you intend to work in any hazardous occupation and business ?	
घ) नेपाल बाहिर बसोबास गर्ने / Do you intend to stay abroad ?	

५. तपाईं (बीमा गर्ने चाहने व्यक्ति) ले यस अघि यस कम्पनी वा अन्य जीवन बीमा कम्पनीमा बीमा गर्नु भएको छ भने सो को देहाइ बमोजिमको विवरण दिनुहोस् ।
Do you (Life to be assured) have previous insurance with this company or any other life insurance company ? If yes, please give details as per below.

कम्पनीको नाम Company's Name	बीमालेख / प्रस्ताव नं. Policy/ Proposal Number	बीमा योजनाको किसिम Type of insurance Plan	बीमा रकम Coverage Amount	बीमा अवधि Policy Term	के सामान्य दरमा बीमा स्वीकृत भएको थियो ? Was policy approved at standard rate ?	हालको स्थिति (चालु वा व्यति) Current Status (Enforce or Lapse)

६. तपाईंको जीवन बीमा प्रस्ताव सामान्य शर्तबन्धक अन्य शर्तमा कहिल्यै स्वीकार वा स्थगित गरिएको छ ? यदि छ भने विवरण दिनुहोस् ।
Has your life insurance proposal ever been approved at other than standard rate or declined ? If yes, give details

७. **बीमित 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 currently pregnant ? If Yes, how many months ?

ख) पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् । / Mention date when you last had delivery.

ग) के तपाईंलाई कहिल्यै गर्भपतन वा अन्य कुनै असामान्य किसिमको प्रसूति भएको वा छाती वा स्त्री अंगहरू सम्बन्धी कुनै रोग वा विस्फोट भएको छ ?
Have you ever had miscarriage, abortion or other complications during child birth or disorder of the breast or female organs ?

८. तपाईं (बीमा गर्ने चाहने व्यक्ति) को श्रीमान्को/ अभिभावकको वा प्रस्तावकको अन्य नाबालक बच्चाको यस कम्पनी वा अन्य बीमा कम्पनीमा जीवन बीमा भएको वा प्रस्ताव गरेको भए निम्न विवरण दिनुहोस् ।
Is your (Life to be assured's) husband or guardian or proposer's other minor child is insured or proposed for insurance in this company or any other life insurance company ? If yes, please give details as per below.

कम्पनीको नाम Company's Name	प्रस्ताव/बीमालेख नं. Policy/ Proposal Number	बीमा योजना Type of insurance plan	बीमा रकम Coverage Amount	हालको स्थिति (चालु वा व्यति) Current Status (Enforce or Lapse)

९. **बालबच्चाको बीमाको लागि मात्र भर्नु पर्ने विवरण/ To be filled incase of Child Insurance only**

क) बीमा गरिने नाबालकको नाम, थर :

NAME IN ENGLISH BLOCK LETTER :

ख) स्थायी ठेगाना/ Permanent Address :

प्रदेश/ Province : जिल्ला / District : न.पा./गा.पा./ Municipality /R.M. :

टोल/ Street : वडा नं/ Ward no : फोन नं./ Phone no :

ग) जन्म मिति/ Date of Birth : उमेर/ Age : लिंग/ Gender :

घ) प्रस्तावक र बीमितको नाता सम्बन्ध / Proposer's and Assured's Relationship :

ङ) बीमितको हालको स्वास्थ्य स्थिति/ Current Health Condition :

च) प्रस्तावकको सबै नाबालक बच्चाहरूको समान बीमा भएको बीमा भएको वा नभएको ? / Is all minor children of proposer is insured of equal amount or not ?

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 दबाइ/छिपाएको छैन भनी उद्घोषण गर्दछु । यस्ता तथ्यहरू दबाइ/ छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि नै रह हुने छ भन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र सो कारण कम्पनीले दावी भुक्तानी नगरे मेरो कुनै अपवाद हुने छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सर्लजन् स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्ने चाहने व्यक्ति र सूर्यज्योति लाईफ 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 गर्ने मेरो मन्जुरी छ । कुनैपनि समयमा म/बीमा चाहने व्यक्तिलाई औषधोपचार गर्ने कुनै पनि विकल्पक वा स्वास्थ्य संस्था सँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनैपनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिइएको मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्रदान गर्ने सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनका लागि अस्तित्वाची दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा शीतिरिवाजको 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 assessment of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and SuryaJyoti 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 SuryaJyoti Life Insurance Company. I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti 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 SuryaJyoti 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 concerned 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

प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)
Proposer's Signature
(Incase proposer and Life to be Assured is different)

दस्तखत गरेको मिति / Date of Signature :

दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature :

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase proposer is illiterate :

नाम / Name :

मिति / Date :

दस्तखत / Signature :

ठेगाना/Address :



SuryaJyoti

जीवनको लागि

सूर्यज्योति लाईफ इन्श्योरन्स कम्पनी लिमिटेड

प्रधान कार्यालय - शान्ता प्लाजा, ज्ञानेश्वर, काठमाडौं, नेपाल

फोन नं. ८५४५२४७/८८/५०, पो.ब.नं. १९४३३, ईमेल: info@suryajyotilife.com

(कम्पनी ऐन २०६३ र नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट इजाजतपत्र प्राप्त)

व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण / PERSONAL HEALTH DECLARATION FROM (Form No: UND 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) प्रस्तावकको नाम, थर Name of Proposer :					
	ख) बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको नाम / Name of Insured :					
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 taken 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.	परिवारिक 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	मृत्यु भएको साल Year of death
		माता /Mother				
		पिता /Father				
		दाजु/भाई /Brother				
		दिदी/बहिनी /Sister				
		पति/पत्नी /Spouse				
	छोरा,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) के तपाईं/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति अङ्गभङ्ग भएको, अपाङ्गता भएको वा सो कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा जारिरहेको अवस्था छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिनुहोस् । Do you/Life to be assured have any sort of disability or under medication/treatment of such condition ? If yes please provide the details.					
	ग) अक्सर 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.					
	घ) तपाईं वा बीमा गर्न चाहने व्यक्तिले विगत पाँच वर्ष भित्र कहिले र कसैबाट उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनुभएको छ । वा कुनै उपचार जारिरहेको अवस्था वा कुनै किसिमको औषधी सेवन जारि रहनु 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 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 कुनै पनि जीवित वा मृत नातेदारहरू पाजलपन, छारे रोग, बाथ (गाउट), दम, क्षयरोग, क्यान्सर, महारोग, हेमोफिलिया, मधुमेह, thyroid को समस्या, उच्च रक्तचाप, घात, कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा अन्य पुरखौली रोगबाट पीडित भए सोकको 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 anywhere dietary diseases, then please give details:					
	ख) तीन वर्षयता कुनै क्षयरोग, महारोग वा अरु सरुवा रोगबाट पीडित व्यक्तिको साथमा बस्नु भएको छ ? यदि बस्नुभएको भए सोकको मिति, अवधि, अक्सर 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 व्यक्तिको कहिल्यै तल उल्लेखित रोग वा गडबडीको लक्षण देखिएको छ ? वा सोकको 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 problem ? Please answer in "Yes" or "No".					
	क) Stroke, Paralysis, Seizure, Epilepsy, Coma, व्यग्रता, विषाद, चक्कराउनु वा रिगटा लाग्नु, मुर्छापनु, फिदस, पक्षघात, पाजलपन 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 सोकने, दम, न्युमोनिया, प्ल्यूरिसी, सकारमा रगत आउने, क्षयरोग वा अन्य कुनै फोक्सो सम्बन्धी रोग । Continuously coughing, asthma, pneumonia, pleurisy, blood in sputum, tuberculosis or any other lungs disease.					
	ग) मुर्छा हुने, छाती दुख्ने, निसासिने, मुटु हल्लिने, हृदयघात वा अन्य कुनै मुटु सम्बन्धी रोग वा उच्च रक्तचाप । Unconsciousness, chest pain, suffocation, heart vibration, hypertension, heart attack or any other heart disease.					
	घ) कमलपित, एनिमिया,hepatitis, अल्काई, आउँ, हैजा, पेट दुख्ने, एपेन्डीसाईटिस वा अन्य कुनै पेट, कलेजो, फियो वा आन्द्रा 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 सुन्निले रोग । /Hernia, hydrocele, varicocele, fistula or nerve swelling disease.	
छ) मधुमेह, उच्च रक्तचाप, थाइराइड गडबड, मृगौला वा मूत्रथैली बिचोको, जलज्वर, Rheumatism, Gonorrhea, Syphilis वा अन्य सरूवा रोग? /Diabetes, High Blood Sugar, Thyroid Disorder, Kidney Disorder or urinary system, urinary bladder, rheumatism, gonorrhoea, syphilis or any contagious disease ?	
ज) कुनै किसिमको क्यान्सर, ट्यूमर, सिष्ट, कुष्ठरोग ? /Any form of Cancer, Tumor, Cyst or Leprosy ?	
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 ? 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 ?	
ञ) औलो, सन्यापात (टाईफाइड), रूघा, सोक्री, कालाज्वर वा अन्य कुनै हप्ता दिनसम्म रहने ज्वरो / Malaria, Typhoid, cold, cough, kalaazar or other fever which last for week.	
ट) विफर /Smallpox	
ठ) पिसाबमा कहिले रगत पिप, चिनी वा अल्बुमिन देखिएको थियो ? Ever seen blood, pus, sugar or albumin in urine ?	
ड) कहिले एक्स-रे, ईलेक्ट्रोकार्डोग्राम, 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 सरुत घाईते, चोटपटक, कुनै अंगभंग भएको वा काटी फ्याँकेको समेत माथि उल्लेख नभएको तथा रोग वा चोटपटकको कारणले अस्पतालमा भर्ना भएको वा औषधीउपचार 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, एड्ससंग सम्बन्धित जटिलता वा एड्ससंग सम्बन्धित अन्य कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सुल्लाह, 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, लिम्फागुंठी 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 ?	

c. माथि उल्लेखित प्रश्नहरूको उत्तर कुनै "छ" भन्ने भएमा त्यस सम्बन्धी निम्न विवरण दिनुहोस् : मिति, रोगको अवधि, जवाई राखेको चिकित्सको नाम, जहाँको अस्पतालको नाम, कारणहरू, गरिएको जाँचहरू, परिणाम र हालको अवस्थाबारे पूर्ण विवरण दिनुहोस् । If any answer 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.

उद्घोषण / DECLARATION

उल्लेखित प्रश्नको उत्तरहरू सत्य तथा पूर्ण छन् र म/बीमा चाहने व्यक्तिको जीवन बीमा सम्बन्धी जोरिमको मूल्याङ्कन गर्न आवश्यक पर्ने कुनैपनि परिस्थिति वा तथ्यलाई मैले दबाए/छिपाएको छैन मनी उद्घोषण गर्दछु । यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स 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 सलोन स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्तिको तथा सूर्यज्योति लाईफ 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 औषधीउपचार गर्ने कुनै पनि चिकित्सक वा स्वास्थ्य संस्थासँग मेरो/बीमा चाहने व्यक्तिको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्नमा र कुनै पनि समय आफ्नो बीमाको लागि मैले प्रस्ताव गरेको अन्य बीमकसँग सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिइमा मेरो मन्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनको लागि अस्थायी दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

I hereby declare that all given answer 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 or not true, agreement between me and SuryaJyoti 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 SuryaJyoti Life Insurance Company. I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti 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 SuryaJyoti 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	प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा) Proposer's Signature (Incase proposer and Life to be Assured is different)	दस्तखत गरेको मिति / Date of Signature :
		दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature :

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase Proposer is Illiterate	
नाम /Name :	मिति /Date :
दस्तखत/Signature :	ठेगाना / Address :

नाबालक बच्चाको व्यक्तिगत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण / PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM OF CHILD / MINOR (Form No. UND2-C)

प्रस्तावकले भर्नु पर्ने / TO BE FILLED BY PROPOSER

१	प्रस्तावकको पुरा नाम थर Full Name of Proposer :
२	बीमा गरिने नाबालक बच्चाको पुरा नाम थर Life to be Assured (Child) Full Name :
३	नाबालक बच्चाको जन्म स्थान : अस्पताल () घर () । अस्पतालको नाम ठेगाना Birth place of Child : Hospital () Home () Name and Address of Hospital :
४	के नाबालक बच्चालाई नियमित/आवश्यक रोग प्रतिरोगी खोप दिइएको छ ? Is Child being vaccinated regularly with necessary ones ?
५	नाबालक बच्चाको (Minor Child's): उचाई (Height) तौल (Weight) के तपाईंको नाबालक बच्चाको विगत १२ महिनामा असामान्य तरिकाबाट तौल घटेको वा बढेको छ ? छ भने कारण उल्लेख गर्नुहोस् । Have your child lost or gain weight in unnatural way in last 12 months? If yes, please mention the reason.
६	विगत १ वर्ष भित्र नाबालक बच्चाको घरमा कुनै व्यक्ति संक्रमक सरुवा रोगबाट पिडित हुनुहुन्छथ्यो ? During last 1 year was anyone in the same home been infected with transmissible diseases ?
७	के नाबालक बच्चा अङ्गभङ्ग भएको, अपाङ्गता भएको वा सो कारणबाट औषधोपचार गर्नुपर्ने वा गरिरहेको अवस्था छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिनुहोस् । Does child has any sort of disability or under medication/treatment of such condition ? If yes please provide the details.
८	के नाबालक बच्चाको कुनै विरामी, पुर्याँली रोग, दुर्घटना आदिका कारणबाट शल्यक्रिया गरेको वा गर्नुपर्ने अवस्था छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिनुहोस् । Is any surgery being done/needs to be done to child due to any illness, hereditary diseases or accident? If yes please provide the details. :
९	के नाबालक बच्चाको हाल कुनै रोगको औषधोपचार भइरहेको छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिनुहोस् । Is Child being currently treated for any disease ? If yes please provide the details. :
१०	नाबालक बच्चाको हालको स्वास्थ्य स्थिति कस्तो छ ? What is the current health condition of Child?
११	तपाईंले विगतमा कसैसँग नाबालक बच्चाको उपचार सम्बन्धी सल्लाह लिनु भएको छ ? यदि छ भने सो को विस्तृत विवरण दिनुहोस् । Have you ever taken suggestion/consultation with anyone regarding treatment/medical condition of your child ? If yes please provide the details.
१२	नाबालक बच्चामा कुनै विशेष चिन्ह भए उल्लेख गर्नुहोस् : Please mention if there is any special marks in Child? :

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 मनी उद्घोषण गर्दछु । यस्ता तथ्यहरू दबाए/छिपाएको प्रमाणित भएमा मेरो र सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीचको जीवन बीमा करार सुरु देखि नै रद्द हुने छ मन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु र सो कारण कम्पनीले दावी भुक्तानी नगरे मेरो कुनै अपवाद हुने छैन । यो प्रस्ताव, उद्घोषण तथा सल्लाह स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणका कागजातहरू म/बीमा गर्न चाहने व्यक्ति तथा सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड बीच करारको आधार हुनेछ मन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु । बीमालेख नभएर समेत उल्लेख गरी बीमकले जारी प्रथम बीमा शुल्क भुक्तानी रसिदमा उल्लेख भएको मिति देखि मेरो जीवन बीमा लागू हुनेछ मन्ने व्यहोरा मैले बुझेको छु । त्यस बीमकले जारी गर्ने प्रचलित जीवन बीमालेख 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 सूर्यज्योति लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेडले सोधपूछ गरी आवश्यक जानकारी लिइयो भने मञ्जुरी छ । म यस्ता जानकारीहरू प्रदान गर्न सम्बन्धित व्यक्ति वा संस्थालाई बीमा प्रयोजनको लागि अस्तिचारी दिन्छु र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा शीतिरिवाजको आधार लिई कुनै उजुरी गर्नेछैन ।

I hereby declare that all given answer of questions asked above are true and complete and I have not concealed any conditions or facts required for insurability risk assesment of life to be assured. I understand that if any such facts are proved to be concealed or not true, agreement between me and SuryaJyoti 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 SuryaJyoti Life Insurance Company. I understand that date mentioned in first insurance premium receipt along with its policy number issued to me by the SuryaJyoti 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 SuryaJyoti 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

प्रस्तावकको दस्तखत (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)
Proposer's Signature
(Incase proposer and Life to be Assured is different)

दस्तखत गरेको मिति / Date of Signature :

दस्तखत गरेको ठेगाना/Address of Signature :

प्रस्तावक निरक्षर भएमा साक्षीको विवरण / Witness incase Proposer is illiterate

नाम /Name :

दस्तखत/Signature :

मिति /Date :

ठेगाना / Address :

ग्राहक पहिचान फारम / KYC Form (UND 5)

सम्पति शुद्धिकरण तथा आतङ्ककारी क्रियाकलापमा वित्तिय लगानी निवारण निर्देशिका २०७५ को दफा ४ सँग सम्बन्धित

१.	क) बीमित/प्रस्तावकको पुरा नाम, थर :	
	जन्म मिति : नागरिकता प्र.नं. : जारी मिति र जिल्ला :	
२.	ठेगाना तथा सम्पर्क नं.	मोबाइल नं. :
	स्थायी :	टेलिफोन नं. :
	अस्थायी :	इमेल :
३.	क) वैवाहिक स्थिति : श्रीमान्/श्रीमतीको नाम थर :	
	ख) बुबाको नाम :	
	ग) आमाको नाम :	
	घ) हजुरबुबाको नाम :	
४.	क) पेशा/ व्यवसाय / कार्यालयको नाम र ठेगाना :	
	ख) मासिक आमदानी : ग) अन्य आमदानीको श्रोत :	
	घ) पेशा/व्यवसाय सम्बन्धमा अन्य केही उल्लेख गर्नु पर्ने भए :	
	(नेपाल सरकार वा नेपाल सरकारको स्वामित्व भएको संस्था वा निजी क्षेत्रको संस्थामा काम गर्ने कर्मचारी भएमा परिचय पत्रको प्रतिलिपि आवश्यक पर्ने)	
५.	बैंक खाता सम्बन्धी विवरण	
	क) बैंकको नाम (खाता भएको) : ख) बैंकको शाखा :	
	ग) खाता नं. : <input type="text"/>	
६.	स्थायी लेखा नम्बर (PAN No.) : <input type="text"/>	
७.	प्रस्तावक वा बीमालेखमा ईच्छाइएको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति वा उच्च राजनैतिक व्यक्ति (P.E.Ps) <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	

वर्तमान बासस्थानको नक्सा

↑
उतर

औंठ छाप

दायाँ	बायाँ

उद्घोषण

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य सौचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरूको बारेमा पूर्ण जानकारी छौं र उक्त निर्देशनहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्ने स्वीकार गर्दछु/गर्दछौं । सो नियमहरू पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तैस्रो पक्षलाई कुनै नोक्सान पुग्न गणमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपूर्ति भर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौं ।

मिति : दस्तखत :

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा ग्राहकको पेशा, व्यवसाय तथा आयश्रोतको आधारमा कुनै किसिमको जोखिम देखिएमा सो सम्बन्धी विवरण :

न्यून जोखिम मध्यम जोखिम उच्च जोखिम केही कैफियत भएमा:

प्रस्तावक वा बीमालेखमा ईच्छाइएको व्यक्ति उच्च पदस्थ व्यक्ति वा उच्च राजनैतिक व्यक्ति (P.E.Ps) हो होइन

रुजू गर्ने :
कर्मचारीको नाम : पद :

मिति : शाखा : दस्तखत :