



म्याक्स लाइफ इन्स्योरेन्स कं. लि. रजि. कार्यालय: म्याक्सहाउस, 1 डा. झामार्ग, ओखला, नयाँदिल्ली-110 020 प्रधान कार्यालय: 11 र 12 औं तल्ला, डीएलएफ स्कायर, जाकारन्ड मार्ग, डीएलएफ सिटी फेज 2, 122002, हरियाणा
स्वास्थ्य घोषणा फारम (कृपया ठूलो वर्णमालाको अक्षरमा भर्नुहोला, केरेमेट वा भूलसुधार गरेको स्थानमा पूरा हस्ताक्षर गरेको हुनुपर्छ)

पोलिसी नम्बर	
--------------	--

अनुरोधको किसिम: <input type="checkbox"/> पोलिसी पुनर्स्थापना		<input type="checkbox"/> राइडर थप/राइडर/हरूको नाम: _____; _____	
<input type="checkbox"/> अन्य/राम्रो स्वास्थ्य स्थितिको विवरण (उदाहरण: नयाँ नम्बर केस)		<input type="checkbox"/> बीमाकृत राशिमा वृद्धि बीमाकृत राशि: _____	

नोट: पोलिसी पुनर्स्थापनाका लागि स्वास्थ्य स्थिति राम्रो रहेको विवरण- खण्ड 'क' सम्पूर्ण

बीमाकृत राशि वृद्धिका राइडर थपका लागि- खण्ड 'क' र 'ख' सम्पूर्ण

		पोलिसीवाहक										जीवन बीमित									
टाइटल		____ श्री ____ श्रीमती ____ सुश्री ____ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)										____ श्री ____ श्रीमती ____ सुश्री ____ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)									
नाम	नाम																				
	बीचको नाम																				
	थर																				
पत्राचार ठेगानामा कुनै परिवर्तन भएको छ? यदि छ भने, कृपया नयाँ ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस् (ठेगाना पुष्टि हुने प्रमाण संलग्न गर्नुहोला - स्व:प्रमाणित)																					
सम्पर्क विवरण: फोन नं.																					
मोबाइल																					
इमेल ठेगाना																					
निष्क्रिय हुनुको कारण																					
हालको पेशा सम्बन्धी विवरण: कृपया कम्पनीको नाम, पद, गर्नुपर्ने काम तथा कर्तव्य उल्लेख गर्नुहोस्																					

खण्ड-'क'

जीवन बीमित/पोलिसीवाहकको जानकारी (पेयर राइडर उपस्थित भएको अवस्थामा तालिकाको पोलिसीवाहक खण्ड पनि भरिएको हुनुपर्दछ)		पोलिसीवाहक		जीवन बीमित	
1. उचाइ तथा तौल सम्बन्धी जानकारी	उचाइ	____ फिट ____ इञ्च वा ____ मीटर ____ सेमी	____ फिट ____ इञ्च वा ____ मीटर ____ सेमी		
	तौल	____ केजी	____ केजी		
		हो	होइन	हो	होइन
2. के तपाईं सुर्ति/निकोटिनयुक्त उत्पादनको सेवन गर्नुहुन्छ ? (विगत 3 वर्षभित्र (खिल्ली/ग्राम) - चुरोट , बिँडी, सिगार, पान मसाला आदि। यदि हो भने प्रतिदिनको मात्रा उल्लेख गर्नुहोस् _____					
3. के तपाईं विगत 1 वर्षमा नोकरी/विद्यालय/नियमित क्रियाकलापहरूमा अस्वस्थता वा चोटपटकका कारण 10 वा सोभन्दा बढी दिनसम्म लगातार अनुपस्थित हुनुभएको छ? यदि छ भने, तल विवरण दिनुहोस्।					
4. विगत 5 वर्षमा तपाईंले रूघाखोकी जस्ता सामान्य कुराहरू बाहेक अन्य कुनै अस्वस्थताका लागि मेडिकल विशेषज्ञसँग परामर्श लिनुभएको छ? यदि छ भने तल विवरण दिनुहोस्।					
5. के कुनै बीमा कम्पनीले तपाईंको जीवन तथा स्वास्थ्य बीमाको प्रस्ताव/पुनर्स्थापना अस्वीकार , परिवर्तन, स्थगित वा अधिक प्रिमियमसहित स्वीकृत गरेको थियो? तल विवरण दिनुहोस् (कारण, महिना, वर्ष र कम्पनीको नाम)					
6. के तपाईं कहिल्यै 3 वा सो भन्दा बढी अवधि कैद हुने अपराधमा दोषी ठहर्याइनु वा अनुसन्धानमा पर्नुभएको छ?					
7. के जीवन बीमित/प्रस्तावक/हकवाला/पेयर राजनीतिक रूपमा परिचित व्यक्ति हो*?					

खण्ड- 'ख'

जीवन बीमित/पोलिसीवाहकको मेडिकल जानकारी (पेयर राइडर उपस्थित भएको अवस्थामा तालिकाको पोलिसीवाहक खण्ड पनि भरिएको हुनुपर्दछ)

8. **पारिवारिक इतिहास:** के तपाईंको परिवारका कुनै सदस्यहरूमा (मातापिता वा भाइबहिनीहरू) 60 वर्षभन्दा कम उमेरमा यी रोगहरूको निदान भएकोछ? (मधुमेह, उच्च रक्तचाप, क्यान्सर, हृदयघात, किड्नी फेल, मल्टिपल स्क्लेरोसिस वा कुनै वंशाणुगत विकार) यदि 'छ' भने विवरण दिनुहोस्।

छ छैन

पारिवारिक विवरण	पोलिसी वाहक		जीवन बीमित		
	परिवारका सदस्य	रोग निदान भएको उमेर	अवस्था	रोग निदान भएको उमेर	अवस्था

9. के तपाईंलाई कहिल्यै निम्न मध्ये कुनै पनि अवस्थाका लागि परीक्षणपत्र वा निदान गरिएको छ:	पोलिसी वाहक		जीवन बीमित	
	हो	होइन	हो	होइन
I. छातिको दुःखाई, स्ट्रोक, हृदयघात, मुटुबाट असामान्य आवाज आउने, उच्च रक्तचाप वा अन्य कुनै मुटुका समस्याहरू				
II. मधुमेह				
III. दम, ब्रोङ्काइटिस, श्वस्रोग, लगातार खोकी, श्वास लिनमा कठिनाई वा कुनै अन्य श्वासप्रश्वासका समस्याहरू				
IV. हार्मोनका विकारहरू जस्तै थाइराइडको विकार, एनिमिया, ल्युकेमिया वा अन्य रक्त समस्याहरू				
V. कलेजो/पित्त थैली/पेटका विकारहरू जस्तै सिरोसिस, हेपाटाइटिस, जन्डिस, अल्सर, कोलाइटिस, पित्त थैलीमा पत्थरी, अपच				
VI. क्यान्सर, स्कुमर वा वृद्धि (मालिग्न्यान्ट वा बेनिन)				
VII. किड्नी वा मुत्रथैलीका विकारहरू, पत्थरी, प्रोस्टेट वा गाइनेकोलोजीकल समस्याहरू				
VIII. मिर्गौला, म्यायुप्रणालीका विकारहरू, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, काम्रे, पक्षाघात, डिप्रेसन वा मानसिक समस्याहरू				
IX. आँखा, कान, नाक, घाँटीको विकार वा पिठिउँको मांशपेशी, जोर्नीहरू, हाड, घाँटी, शारीरिक विकृति, अङ्गच्छेद, गठिया, गाउट				
X. के विगत 5 वर्षमा तपाईंलाई एक्स-रे / सीटी स्क्यान / एमआरआई / अल्ट्रासाउण्ड / इसीजी / रक्तपरीक्षण वा अन्य कुनै अनुसन्धानमूलक वा निदानकारी परीक्षण वा कुनै प्रकारको शल्यक्रिया गर्न सिफारिस गरिएको थियो वा आगामी 30 दिनभित्रमा गर्दै हुनुहुन्छ?				
XI. के तपाईंलाई कहिल्यै एचआइवी/एड्स वा हेपाटाइटिस बी/सी वा यौनसम्पर्कबाट सर्नसक्ने रोगका लागि उपचार गरिएको / परीक्षण गर्दा पोजिटिभ देखिएको छ?				
XII. के तपाईं माथि उल्लेख गरिएका अवस्थाहरू बाहेकका अन्य कुनै प्रकारका अस्वस्थताबाट पीडित हुनुहुन्छ वा सोको परीक्षण/उपचार गराइरहनुभएको छ?				
XIII. महिला आवेदकका लागि मात्र- के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ? यदि हो भने, कति महिनाको गर्भ _____				
XIV. के तपाईं यो फारमको साथमा कुनै मेडिकल रिपोर्टहरू संलग्न गर्दै हुनुहुन्छ?				
XV. के तपाईं कुनै जोखिमपूर्ण क्रियाकलापहरू जस्तै प्यारासुटबाट हाम्फाल्ने / ह्याङ् ग्लाइडिङ् / स्कुबा डाइभिङ् / पर्वतारोहण / कार रेसिङ् / उडान गर्ने (यात्रीको रूपमा गरिने उडानदेखि बाहेक) मा भाग लिनुहुन्छ वा भाग लिने सोचमा हुनुहुन्छ? तल विवरण दिनुहोस्।				
XVI. के तपाईं आगामी 12 महिनाभित्र चार हप्ता भन्दा कम अवधिका लागि छुट्टी मनाउन जानेदेखि बाहेकका अन्य भ्रमणमा जाने वा स्वदेशबाहिर बस्ने विचारमा हुनुहुन्छ? यदि हो भने, कृपया जाने देशहरू, शहरहरू, प्रयोजन र बस्ने अवधि खुलाएर तल विवरण दिनुहोस्।				

विवरण: _____

खण्ड: मैले/हामीले यहाँ 'खण्ड 'क' र 'ख' मा गरिएका घोषणा तथा विवरणहरू म/हामी र कम्पनीका बीचमा निष्क्रिय पोलिसी र/वा राइडर करारपत्र जारी वा पुनःसक्रिय गर्ने आधार हुनेछ र मैले/हामीले सबै सान्दर्भिक तथ्य र परिस्थितिहरूको पूर्ण, सानो र सही प्रकटीकरण गरेको/गरेका छौं र कम्पनीलाई जोखिमको स्वीकार्यता सम्बन्धी सूचित निर्णय गर्नमा सहयोग पुग्न सक्ने कुनै पनि सान्दर्भिक जानकारीहरू लुकाएका छैनौं भने कुरामा सहमत छु/छौं र सोको घोषणा गर्छु/गर्छौं। मेरो पोलिसी पुनःसक्रिय/राइडर जारी गरिने कुरा पोलिसीवाहकको खर्चमा गरिने बीमितको मेडिकल परीक्षणहरू (जब आवश्यक पर्दछ) तथा पुनःस्थापना गर्दा लाग्ने शुल्कहरू प्राप्त हुनुमा निर्भर हुनेछ भने कुरा मैले पूर्णरूपमा बुझेको छु। निष्क्रिय पोलिसी पुनःसक्रिय/राइडर जारी गरिने कुरा कम्पनीले नयाँ शिराबाट गर्ने जोखिम अंकन तथा पुनःसक्रिय/जारी विवरणहरू पोलिसीवाहकलाई लिखित रूपमा पुष्टि गर्नुमा निर्भर हुनेछ। पोलिसी पुनःस्थापना हुन सक्ने वा संशोधित/कम कभरेज हुने गरी राइडर जारी हुन सक्नेछ। एकाइहरू विनियोजन गर्नुपर्ने भएमा पुनःस्थापना मिति वा क्लियरेन्स मिति मध्ये जुन पछि आउँछ त्यही बेला गरिनेछन्/हामी यो स्वास्थ्य घोषणा फारममा हस्ताक्षर गरी यस स्वास्थ्य घोषणा फारममा मैले/हामीले गरेको कुनै विवरणहरूमा कुनै पनि प्रकारका परिवर्तनहरू भएमा कम्पनीलाई सो बारे सूचित गर्ने लिखित उत्तरदायित्व लिनुका साथै कम्पनीबाट हुने पोलिसीको पुनःसक्रियता/राइडर जारीका जोखिमहरू पूर्व स्वीकार गर्छु/गर्छौं।

पोलिसीवाहकको हस्ताक्षर

जीवन बीमितको हस्ताक्षर
(नाबालिग भएको अवस्थामा नाबालिगको तर्फबाट मातापिता/कानूनी संरक्षक)

मिति : ___ / ___ / ___

स्थान : _____

पोलिसीवाहक निरक्षर/आँठा छाप लगाउने/अंग्रजी बाहेकको अरु भाषा बुझ्ने भएको अवस्थामा मैले यो फारममा उल्लिखित सबै जानकारीहरू पोलिसीवाहक/जीवन बीमितकै भाषामा व्याख्या गरेको छु र पोलिसीवाहक/जीवन बीमितले सबै जानकारी पूर्णरूपमा जानी बुझिसकेपछि माथिका आँठा छाप(हरू) लगाउनुभएको हो भनी म घोषणा गर्दछु।

घोषणा गर्नेको हस्ताक्षर _____

मिति:

*राजनीतिक रूपमा परिचित व्यक्तिहरू भन्नाले प्रमुख सरकारी पदहरूमा हाल कार्यरत वा पहिले बहाल रहेका व्यक्तिहरू जस्तै केन्द्रीय/प्रान्तीय सरकार प्रमुख/मन्त्रीहरू, वरिष्ठ राजनीतिज्ञहरू, वरिष्ठ सरकारी/स्वायत्त/सैन्य अधिकारीहरू, सरकारी स्वामित्वका निगमका वरिष्ठ कार्यकारी, प्रमुख राजनीतिक दलका पदाधिकारीहरू तथा माथि उल्लेख गरिएका व्यक्तिहरूका परिवारका निकटतम सदस्यहरू (पति वा पत्नी, छोराछोरी, मातापिता, भाइबहिनी, ससुराली पट्टिका सदस्यहरू) लाई जनाउँछ।