

Tel : 1-700-700-254 Fax : 09-9518519

पोलिसी नं.

केयर 4U पोलिसीका लागि स्वास्थ्य घोषणा

बिमितका विवरणहरू _____

राहदानी नं.

थर _____

नाम _____

लिङ्ग _____

उचाइ _____

वजन _____

जन्ममिति _____

म / पु _____

सामान्य प्रश्नहरू	छैन	छ			छैन	छ
1. के तपाईं हाल बिरामी हुनुहुन्छ वा विगत पाँच वर्षमा तपाईं कुनै रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ, वा तपाईंलाई कुनै स्वास्थ्य समस्या वा शल्यक्रिया गर्नुपर्ने आवश्यकताको बारेमा जानकारी छ ? विवरण दिनुस् कन रोग र कहिले			क	के तपाईं रोग वा कुनै फेनोमिनाबाट पीडित हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्थ्यो अथवा तपाईंको पहिलो स्तरको कुनै नातेदार यी रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ ?		
2. तपाईंले अहिले वा विगतमा कुनै औषधि खानुपर्ने उपचार गराउनु भएको छ ? कुन औषधि विवरण दिनुस्।			1	स्नायु प्रणाली र मस्तिष्क सम्बन्धी रोगहरू: पक्षाघात, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, बेहोस हुने, बाथ, गाउट, एपिलेप्टिक फिर्स, अल्जाइमर्स, पार्किन्सन्स, मोटोरिक डिस्टर्बन्स ? विवरण दिनुस्		
3. के तपाईं कुनै समय अस्पताल वा संस्थामा भर्ती हुनुभएको थियो? कहिले र अस्पतालमा भर्ना हुनुको कारण र तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको उपचारको विवरण दिनुस्।			2	श्वासप्रश्वास प्रणालीसम्बन्धी रोगहरू, दम, क्षयरोग, दीर्घ निमोनिया ? विवरण दिनुस्।		
4. के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ			3	मुटु र रक्तसम्बन्धी कुनै पनि प्रकारकोरोगहरू, उच्च रक्तचाप? विवरण दिनुस्		
5. के तपाईं धूमपान गर्नुहुन्छ? / प्रतिदिन पिउने चुरोटको संख्या उल्लेख गर्नुस्। कुनै किसिमको मदिरा पिउनु हुन्छ ? के पिउनु हुन्छ र परिमाण उल्लेख गर्नुस्। अहिले वा पहिले लागू पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्थ्यो ?			4	पाचन प्रणालीका रोगहरू, लिभरका रोगहरू, कमलपित्त? विवरण दिनुस्		
6. के तपाईंले कुनै प्रयोगशालामा परीक्षण र/वा चिकित्सकीय परीक्षण विगत पाँच वर्षमा गराउनु भएको छ? कारण, मिति र कुनै असामान्य परिणामको विवरण दिनुस्।			5	मृगौला र मूत्र प्रणाली सम्बन्धी रोगहरू? विवरण दिनुस्		
7. के तपाईंको कुनै दुर्घटना वा शल्यक्रिया भएको थियो ? कहिले र शल्यचिकित्साको प्रकृति वा दुर्घटनाको विवरण दिनुस्।			6	जोर्नी र हाडसम्बन्धी रोगहरू, भोँचिचुनु, ढाड वा घाँटी दुख्ने? विवरण दिनुस्		
8. विगत दुई वर्षमा तीन दिनभन्दा बढी तपाईंले काम नगर्नुभएको छ ?			7.	मेटाबोलिक रोगहरू र इन्स्युलिन सिस्टम, मधुमेह, थायरयाइड ग्ल्यान्ड्स, रगतमा फ्याटसको मात्रा उच्च हुनु, रगत र क्लटिङ रोगहरू, ओस्टेओपोरोसिस, कमलपित्त, एनिमिया ? विवरण दिनुस्		
9. के तपाईंलाई कुनै अमान्य स्तर (इन्भ्यालिडिटी रेटिङ) दिइएको थियो ?			8	क्यान्सर (मेलिगनेन्ट रोग), क्रोनिक डिजेनेरेटिभ रोग ? विवरण दिनुस्		
10. तपाईंलाई कुनै चिकित्सकीय उपकरणबाट सहयोग गरिएको छ ?			9	छाला र यौन रोगहरू: सिफलिस, एड्स, निको नहुने घाउ।		
			10	आँखाका रोगहरू, कानका रोगहरू सुनाइमा समस्या समेत, घाँटीका रोगहरू ? विवरण दिनुस्।		
			11	महिलाका लागि मात्र क. के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? ख. महिला रोगहरू: मासिक धर्ममा गडबडी, स्तन पाठेघर, ओभरीमा लम्पससहितको स्तनका रोगहरू, क्यान्सरजन्य वृद्धि पत्ता लगाउन परीक्षण, माम्मोग्राफी ? विवरण दिनुस्। ग. सन्तानको संख्या (पहिलेको विवाहबाट सहित) घ. गर्भ बोकेको संख्या। कृपया उल्लेख गर्नुस् गर्भका बेला कुनै समस्या थियो कि थिएन। ङ. तपाईंले पछिल्लो पटक गायनोकोलोजिकल परीक्षण गराउनु भयो ?		

स्वास्थ्य प्रश्नहरूका सकारात्मक जवाफका विवरण:

म घोषणा गर्नु कि मैले स्वास्थ्य घोषणामा दिएका सबै विवरण सत्य र पूर्ण छन्। यदि मैले दिएका कुनै विवरण पूर्ण वा सही छैनन् भने आयालोनले बीमा सम्झौता कानुन अनुसार आफ्नो जिम्मेवारी फिर्ता गर्न सक्छ।

चिकित्सकीय गोपनीयताको वेडभर

म यहाँ हस्ताक्षर गरी बिरामी कोष र/वा त्यसको चिकित्सकीय संस्था र/वा सबै चिकित्सकहरू, स्वास्थ्य संस्थाहरू र अन्य अस्पतालहरू, र/वा ;सबै बीमा कम्पनीहरू, र/वा प्रत्येक संस्था र/वा प्रत्येक अरु मुद्दा दिने बीमा कम्पनीलाई- यसपछि - "आवेदक" सबै विवरणहरू अपवाद बाहेक र मैले विगतमा भोगेका र/वा अहिले भोगिरहेका र भविष्यमा भोग्न सक्ने सबै रोगहरू र/वा स्वास्थ्यको स्थिति आवश्यक भए अनुसार फाराममा, र म सार्वजनिक गर्नु तपाईंलाई र तपाईंको कर्तव्य हुन्छ चिकित्सकीय गोपनीयता र यो गोपनीयता आवेदकका लागि। यो वेडभर पत्र मलाई, मेरो सम्पतिलाई र मेरो कानुनी प्रतिनिधि र मेरो स्थान लिने सबैको कर्तव्य हो।

बिमितको नाम _____ राहदानी नं. _____

बिमितको हस्ताक्षर _____ मिति: _____

साक्षी बसेर हस्ताक्षर गर्नेको नाम _____ परिचय पत्र नं. _____

प्रत्यक्षदर्शीको हस्ताक्षर _____ मिति _____

बिमितको घोषणा

- म यहाँ घोषणा, सहमत र स्वीकार गर्नु कि:
 - सबै जवाफहरू सही, पूर्ण र मेरो आफ्नै इच्छाले दिइएका छन्।
 - स्वास्थ्य घोषणामा विवरण दिइएका जवाफहरू र अन्य सबै बिमकलाई दिइएका जानकारीहरू र सबै शर्तहरू यो उद्देश्यका लागि स्वीकार्य छन्, यो बिमक र मबीचको बीमा सम्झौता प्रमुख शर्त हुनेछ र बीमा सम्झौताको अभिन्न अंग हुनेछ।
 - बिमकसित यो प्रस्ताव पास गर्ने वा आफ्नो निर्णयको बारेमा स्पष्टिकरण दिनु नपर्ने गरी अस्वीकार गर्ने अधिकार हुनेछ। मलाई थाहा छ कि बीमा सम्झौता बिमकले बीमाका लागि लिखित प्रमाणपत्र दिएर र पहिलो बिमा शुल्क पूर्ण रूपमा दिएपछि मात्र लागू हुन्छ।
- मलाई थाहा छ कि:
 - यो पोलिसी अनुसार बीमा कम्पनीले खराबी, जन्मदादेखिको रोग, मेरो स्वास्थ्य स्थिति र/वा चिकित्सकीय फेनोमिना र/वा चिकित्सकीय बिरामी, चाहे त्यो उपचार गराएको होस्, र/वा नहोस्, वा त्यसको परिणाम प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष रूपमा सेवा प्रदान गर्न रोक्नेछ। र/वा बिमाको सुरुमा रहेको र मेरो स्वास्थ्यको स्थितिका कारण झन् गम्भीर हुँदा यो विषय विदेशी कामदार आदेश अनुसार हुनेछ।
- म यहाँ घोषणा गर्नु कि कुनै पनि बिमा कम्पनीले मेरो स्वास्थ्य बिमा प्रस्ताव अस्वीकार गरेको छैन।

पोलिसी लिनेको घोषणा

मलाई थाहा भएसम्म, बिमितले गरेको घोषणा सही हो र मलाई उनको निम्न कुरा बारे केही थाहा छैन- कुनै खराबी, जेनेटिक रोगसहितको जन्मदेखि लाग्ने रोग र/वा स्वास्थ्यको स्थिति र/वा चिकित्सकीय फेनोमिना र/वा रोगहरू, उपचार भएको वा नभएको, र/वा परिणामहरू, प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष, जुन कारणले भए पनि र/वा बिमाको मितिभन्दा अघिदेखि विद्यमान रहेर झन् गम्भीर भएको र/वा अरु सबै त्यस्ता जानकारीहरू जुन बिमकको जानकारीमा भएको भए उसले बिमितको बिमा नै गराउने थिएन।

स्वीकृतिमा शर्तहरू निकाल्ने सम्झौता

बिमाका लागि अनुरोध जारी गर्नेमा म सहमत छु:

- ७५ प्रतिशतले नबढ्ने गरी चिकित्सकीय पुरक भुक्तानका साथ।
- कम्पनीको जिम्मेवारी निकालेर जस अनुसार यो बिमा उम्मेदवारको विद्यमान अयोग्यता र/वा स्वास्थ्य सीमाहरू, त्यसका परिणाम र मूल्य प्रति जिम्मेवार हुँदैन।

बिमितको हस्ताक्षर _____

यो घोषणा बिमितले उसले बुझ्ने भाषामा यसका सामाग्रीहरूको बारेमा बयान गरिसकेपछि हस्ताक्षर गरेको हो।

कर्मचारीको हस्ताक्षर

कर्मचारीको नाम _____ कर्मचारीको हस्ताक्षर र छाप _____ हस्ताक्षरको मिति _____

बिमितको हस्ताक्षर

बिमितको नाम _____ बिमितको हस्ताक्षर _____ हस्ताक्षरको मिति _____