

नेकी इन्सुरेन्स लि.

केन्द्रीय कार्यालय: अनामनगर, काठमाडौं
फोन नं. ४७७०४१५, फ्याक्स नं. ४७७०१६२

Email: mblsuraksha@necoinsurance.com.np

माछापुच्छ्रे बैंक लि.को खातावालाको स्वास्थ्य बीमाको लागि विवरण फाराम

खातावाला/प्रस्तावकको नाम:

पेशा:

खाता नं.:

शाखा:

जन्म मिति:

उमेर:

लिंग: पुरुष/महिला/अन्य

उचाई (से.मि वा फिट):

तौल:

(यदि कुनै निम्न प्रश्नको उत्तर छ भन्ने आएमा स्पस्ट विवरण खुलाउनु पर्नेछ ।)

के बीमाका लागि प्रस्ताव गरिएको व्यक्ति तलका कुनैपनि रोगहरु बाट संक्रमित हुनुहुन्छ ?

१. उच्च रक्तचाप इतिहास (विवरण) : छ /छैन

(अ) समायावधि

(आ) औषधीको प्रयोग (इलाज)

(इ) मात्रा

२. मधुमेह (डायबिटीज मेलिटिस इतिहास) : छ /छैन

(अ) प्रकार १वा प्रकार २

(आ) समायावधि

(इ) औषधीको प्रयोग

(ई) मात्रा

३. मुटु र रक्त सञ्चार अवस्था/विकार : छाती दुख्ने, गलगाँड, कोलेस्ट्रॉल लिपिक/काप्ने, रक्त संकलन (कन्जोस्टिभ) मुटु विफलता, कोरोनारी धमनी रोग, हृदयघात, वाइपास सर्जरी/ एन्जिओप्लाष्टि, भल्भमा विकार/प्रतिस्थापन, पेसमेकर इन्सर्सन/वाथरोग, शिराहरु सुनिने, थमब्रोसिस, रगतमा समस्या आदी ? छ /छैन

४. मुत्राशयको अवस्था/विकार : रगतमा पिसाब देखिने, मुत्राशयको आवृत्ति, पिसाब फेर्दा दुख्ने वा मृगौला दुख्ने वा मुत्रथैलीमा संक्रमण, मुत्र प्रणालीमा पत्थरि, रेनल असफलता, डायलाइसिस वा अन्य प्रकारको मृगौला/मुत्राशय प्रणालीमा समस्या वा विर्य ग्रन्थी सम्बन्धी रोगहरु । छ /छैन

५. वाथरोग : जोर्नी /पछाडीपट्टी जोडले दुख्ने, स्पेन्डायलोसिस, जोर्नी प्रतिस्थापन (विस्थापन) वा अन्य प्रकारका मांशपेशी/हड्डी/जोर्नी/अस्थि बन्धनसम्बन्धी समस्या, पुठ्ठा वा कम्मर सम्बन्धी समस्या, हर्निएटेड डिस्क, अंग विच्छेदन/नक्कली अंग । छ /छैन

६. श्वास प्रश्वास सम्बन्धित समस्या : श्वास फेर्ने गाह्ने हुने वा श्वास नपुग्ने, क्षयरोग, दम, ब्रोन्काइटिस, क्रोनिक अस्ट्रक्टिभ पल्मोनरि डिजिज (सिओपिडि), क्रोनिक दम, खकारमा रगत देखिने आदी वा अन्य फोक्सो /श्वासप्रश्वास सम्बन्धि रोगहरु : छ /छैन

७. पाचन समस्या : कमलपित्त, क्रोनिक भ्रूडापखाला, इन्टेस्टिनल स्लिडिङ्ग समस्याहरु /पोलिप्स/प्यान्क्रियाजको समस्या, कलेजो वा गाल व्लाडर, हेपाइटाइटिस ए /बि /सि /अन्य कमलपित्त, सिरोसिस, अनियन्त्रित तौल वृद्धि /कमि, खानपानमा समस्या हुने वा अन्य ग्यास्ट्रो इन्टोस्टिनाल अवस्था । छ /छैन
८. क्यान्सर । ट्युमर : वेइनाइन वा मालिग्नान्ट ट्युमर, अन्य वृद्धि सिस्ट, अन्य क्यान्सर । छ /छैन
९. मष्तिक /स्नायु प्रणाली /मनोवैज्ञानिक अवस्था समस्याहरु : बेहोस हुने, चेतनामा कमि आउने, अल्छिपना, स्तब्ध (शोकाकुल) हुने, भ्रमभ्रमाउने, दुर्बलता, पक्षघात, टाउकोमा चोट, मष्तिकघात, माइग्रेन टाउको दुख्ने वा टाउको दुखिरहने, अनिद्रा, मल्टिपल स्केलेरोसिस, बाउडिने /इपिलेप्सि वा अन्य मष्तिक /स्नायु प्रणाली सम्बन्धि रोगहरु, मानसिक /मनोवैज्ञानिक समस्या । छ /छैन
१०. महिला प्रजनन प्रणालीको समस्या : पेट दुख्ने, असामान्य महिनावारी रक्तश्राव,असामान्य पिएपि स्मिअर, इण्डोमेट्रिओसिस, फिब्रोइड, सिस्ट /सिस्ट एडिनोमा, रक्तश्राव समस्या, पेटमा /तल्लो पेटमा संक्रमण, वा अन्य पाठेघर /स्तन सिस्ट /लम्पस /ट्युमर । छ /छैन
११. के महिला खातावाला गर्भवती भएको, गर्भवती परिक्षणबाट गर्भ पुष्टि भएको वा बच्चा पाउने वा सट्टा आमा बन्ने तयारीमा हुनुहुन्छ ?छु /छैन
१२. अपपचयी र इण्डीक्राइन समस्या : एडिनल /पिट्युटरि समस्या, लुपस स्क्लेरोडर्मा, थाइराइड समस्या, अन्य स्वप्रतिरक्षा/वंशाणुगत समस्या । छ /छैन
१३. के बीमाका लागि प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिलाई क्रोनिक वा दिर्घकालिन स्वास्थ्य समस्या वा असक्षमता, असामान्यता वा दोहोरिने रोगहरु वा चोटपटक वा सामान्य कार्य गर्न नसक्ने छ ?छ /छैन
१४. के बीमाका लागि प्रस्ताव गरिएको व्यक्ति तमाखु /सुर्ति /चुरोट वा मादक पदार्थको सेवन गर्नुहुन्छ ?गर्छु /गर्दिन,
(यदि गर्नुहुन्छ भने, प्रतिदिन कतिवटा चुरोट वा प्रतिदिन कति मिलिलिटर मादक पदार्थ सेवन गर्नुहुन्छ ? प्रतिहप्तामा पनि खुलाउनुहोस ।)
१५. के कुनै सदस्यले अन्य कुनै कारण वा अवस्था वा लक्षणको उपचारको लागि अस्पताल भर्ना भई वा डाक्टरको प्रत्यक्ष संलग्नतामा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थाबाट औषधी वा अन्य शल्यक्रियात्मक उपचार सेवा लिएको छ ? छ । छैन
१६. के बीमाका लागि प्रस्ताव गरेको कुनै व्यक्तिले यो बीमालेखमा समावेश हुनुपूर्व कुनै पनि निम्न प्रकारको सम्बेदनशिल रोगहरुको उपचारको लागि अस्पतालबाट उपचार सेवा लिएको छ ? यदि छ भने निम्न कुन-कुन रोगहरुको उपचार सेवा लिएको छ ?
- क्यान्सर, हृदयघात, क्रोनिक धामनी, वाइपास ग्राफ्ट, मुटुका भल्भ मर्मत/प्रतिस्थापन, कोमा, मृगौला विफलता, मष्तिकघात, कुनै प्रत्यारोपण, पक्षघात, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, मोटोर न्युरोन डिजिज ।छ /छैन

म यो घोषणा गर्दछु कि, माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरु मैले जाने बुझे सम्म सत्य रहेका छन् । यदि माथि उल्लेखित विवरणहरु झुट्टा ठहरिएमा कानून बमोजिम कारवाही सहुला भोगुला । माथि उल्लेखित विवरणहरु स्वास्थ्य बीमा करारको अभिन्न अंग भएको सहमति जनाउदछु ।

खातावाला/प्रस्तावकको हस्ताक्षर

मिति:

स्थान: