

अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (ALICO)

(सन् १९२१ मा संयुक्त राज्य अमेरिकामा लिमिटेड कम्पनीको रूपमा स्थापित भई बीमा ऐन, २०४९ अनुसार नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न इजाजत प्राप्त) नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक कम्पनी दर्ता नं. ६/०६२/०६३, पो.ब.नं. ११५९०, काठमाण्डौ फोन नं. ९७७-१-५५५५१६६, फ्याक्स: ९७७-१-५५५५१७३



बीमालेख परिवर्तनको लागि आवेदन

श्री को जीवनमा लागू भएको बीमालेख नं.

अन्तर्गत तल सहिष्ठाप गर्ने म मालिक / बीमितले तल संकेत गरिएको परिवर्तन (हरू) अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (ALICO) लाई मान्य हुने कुनै पनि विधिहरूद्वारा लागू गरिदिन हुन अनुरोध गर्दछु।

यो परिवर्तन तल दिइए अनुसारको मिति / / देखि लागू हुनेछ।
(हालको बीमाशुल्क भुक्तानी मिति)

बीमांक बीमा योजना मुनाफामा सहभागि () हुने () नहुने
पूरक करारहरू: थप गर्ने हटाउने

इच्छाईएको व्यक्ति परिवर्तन गर्ने:

नयाँ इच्छाईएको व्यक्तिको पूरा नाम	नाता	उमेर	ठेगाना
.....
.....
.....

बीमालेखका प्रावधानहरू अनुरूप उल्लेखित इच्छाईएको व्यक्ति परिवर्तन गर्ने र नयाँ इच्छाईएको व्यक्ति तोकने अधिकार बीमितसँग सुरक्षित रहने नरहने

बीमाशुल्क भुक्तानी गर्ने तरिकामा परिवर्तन

बीमाशुल्क भुक्तानी मिति / / देखि बाट मा

नाम परिवर्तन : () विवाहको कारण
() अन्य कारण (विवरण

..... बाट मा
(पुरानो नाम) (नयाँ नाम)

संलग्न पुष्टिकरण गर्ने कागजात :

पुरानो हस्ताक्षर नयाँ हस्ताक्षर

विशेष अनुरोध :

कम्पनी अनुमोदन :

बीमालेखमा वा संलग्न पूरक करारहरूमा जेसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि कम्पनीले यस अनुरोधलाई पूर्ण रूपमा आधार मानी बिना कुनै अनुमोदन परिवर्तन गर्न सक्नेछ।

स्थान : मिति : / /

अपरिवर्तनिय इच्छाईएको व्यक्तिको हस्ताक्षर बीमितको हस्ताक्षर बीमालेख मालिकको हस्ताक्षर

साक्षी :
हस्ताक्षर नाम ठेगाना

बीमित (बीमालेख मालिक) को एक भन्दा बढी हस्ताक्षर भएमा कृपया सबै हस्ताक्षरहरूको नमूना दिनुहोला।

CSC-27

REQUEST FOR POLICY CHANGE

THE UNDERSIGNED Owner/Insured under policy No..... on the life of
 hereby requests AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY
 to effect the change (s) ticked below by any means acceptable to the Company.

This change shall be effective as of and provided as follows:
 (Current Premium Due Date)

Amount of Insurance Plan of Insurance () par () Nor-par

Supplementary Contracts: Addition of Cancellation of

Change of Beneficiary :

Full Name of New Beneficiary	Relationship	Age	Address
.....
.....
.....

The Insured Reserving not reserving full right and authority to revoke this designaion and to designate a new beneficiaty, subject to the provisions of said policy.

Change of Mode of Paying Premiums

From to as of premium due

Change of Name : () because of marriage
 () other reason (explain :)

From to
 (old Name) (New Name)

Supporting documents attached :

.....
 Old Signature New Signature

Special Request:

H.O. Endorsement:

Notwithstanding anything to the contrary in the Insurance policy or in the Supplementary Contracts attached thereto, the Company may rely solely upon this request to effect the required change without need to any endorsement whatsoever.

Dated at this day of201
 (City)

.....
 Signature of Irrevocable Beneficiary/or Assignee Signature of Insured Signature of Policyowner

Witness:
 Signature Name Address

* In case the Insured (P/O) has more than one signature, please show specimen of all signatures. CSC-27