

अमेरिकन लाईफ 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

आवेदन र स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र				<input checked="" type="checkbox"/> पुनर्जागरण <input type="checkbox"/> थप बीमाशुल्क हटाउने/घटाउने <input type="checkbox"/> पूरक लाभ थप्ने <input type="checkbox"/> परिवर्तन गर्नको लागि <input type="checkbox"/> बीमा योजनामा <input type="checkbox"/> बीमाक		
बीमालेख नं. : _____						
बीमितको नाम : _____						
बीमालेख मालिकको नाम : _____						
	बीमालेख मालिक संगको नामा	उचाई	तौल	रोजगार दाताको नाम	व्यवसायको प्रकृति	दैनिक कार्य
बीमित						
बीमालेख मालिक						
<p><b>घोषणाहरू :</b> (कृपया तलको प्रत्येक कोठामा चिन्ह (/) लगाउनहोस्।)</p> <p>*यदि घोषणाको कुनै भाग निश्चित गर्न सकिएन भने घोषणाको अपवाद भनी दिएको खाली ठाँउमा विवरण दिनहोस्।*</p> <p>तल सहित गर्ने म र यस बीमालेख अन्तर्गत रक्षावरण गरिएका सबै बीमितहरू :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> विगत बाह महिनाको मासिक आम्दानी .....</li> <li>2. <input type="checkbox"/> मेरो/हाम्रो बसोबासको ठेगाना, व्यवसायको प्रकृति, आर्थिक अवस्था, पेशा वा शोखहरुमा कुनै परिवर्तन भएको छैन।</li> <li>3. <input type="checkbox"/> म/हामीले नयाँ बीमा, बीमा योजना परिवर्तन वा पुनर्जागरणको आवेदन गरेको छैन/छैन जुन अस्वीकार भएको, वा स्थगित भएको, फिर्ता भएको वा कुनै किसिमले बीमाक वा बीमाशुल्क दरमा परिवर्तन गरिएको थियो। <span style="float: right;">नाम गन्तव्य उद्देश्य अवधि</span></li> <li>4. <input type="checkbox"/> म/हामीले आगामी १२ महीना भित्र यात्रा गर्ने विचार गरेको छैन/छैन।</li> <li>5. <input type="checkbox"/> क) म/हामीले भाडा तिर्ने यात्रुको रूपमा, व्यावसायिक वायुसेवा द्वारा उडान तालिका अनुसार स्थापित रुटमा संचालित वायुयानमा बाहेक अन्य कुनै किसिमको उडान गर्ने विचार गरेको छैन/छैन।</li> <li>6. <input type="checkbox"/> ख) म/हामीले कुनै खतरनाक खेलकुद वा अन्य कृत्याकलाप जस्तै डाइभिङ, पर्वतारोहण आदिमा भाग लिदैन/लिदैन र सोमा भाग लिने योजना बनाएको छैन/छैन।</li> <li>6. <input type="checkbox"/> म/हामी राम्रो स्वास्थ्य स्थितिमा छु/छौ र कुनै किसिमको चिकित्सकीय सल्लाह वा चिकित्सकीय जाँच गराउने विचार गरेको छैन/छैन।</li> <li>7. <input type="checkbox"/> म/हामीलाई कुनै किसिमको विरामी वा दुर्घटना भएको छैन र कुनै चिकित्सकीय सल्लाह लिएको वा HIV वा AIDS लगाएत कुनै किसिमको परिक्षण भएको छैन/छैन।</li> <li>8. <input type="checkbox"/> परिवारमा कुनै मृत्यु भएको छैन (आमावृता, दाजुभाई, दिदीबहिनी)।</li> <li>9. <input type="checkbox"/> म महिला हुँ : म गर्भवती छैन।</li> </ol> <p style="text-align: center;">*घोषणाको अपवादहरू*</p>						
नं.	विवरण					
बीमितको जीवनमा चालु रहेको जीवन बीमा व्यक्तिगत दुर्घटना रक्षावरण समेत।						
कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमाक	लागू मिति	बीमाशुल्क दर	रक्षावरणको किसिम	लाभहरू
<p>हाल पत्राचारको ठेगाना :</p> <hr/> <p>ई-मेलको ठेगाना :</p> <p>मोबाइल नं. _____ फोन नं. _____</p> <p>म घोषणा गर्दछु कि माथिका प्रत्येक उत्तरहरु पूर्ण र सत्य छन् र मञ्जुर गर्दछु कि ती उत्तरहरु माथि उल्लेखित बीमाको पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी गर्नुलाई यो आवेदन कम्पनीद्वारा निवृक्त नगरिएसम्म भुक्तानी फछ्यौट भएको कारणले वा हाल वक्ष्यौता रहेको रकमको आधारले भएको मानिने छैन र कम्पनी वा यसको अधिकारीद्वारा रकम प्राप्ती, रिटेन्शन, धराईटी वा त्यस्तो कुनै भुक्तानीको नगरीकरण वा फर्ड्यौटले यस शर्तलाई मिनाहा गर्ने, जफत गर्ने वा अन्य कुनै किसिमले असर गर्ने छैन। मैले यो पनि बुझेको छु कि बीमालेख प्रावधानहरुमा जे सुकै कुरा लेखिएको भए ता पनि उल्लेखित बीमालेखको असक्तता वा दुर्घटना लाभ प्रदान गर्ने भाग बाहेक, यदि जोखिम बढ्ने गरी बीमालेख पुनर्जागरण वा परिवर्तन भएमा र बीमितको जीवनकालमा यो आवेदन मिति देखि २(दुई) वर्ष सम्म चालु रहिसकेको भए बीमाशुल्क भुक्तानी नगरिएको, जालसाजी र जानाजान गलत विवरण दिएको अवस्था र असक्तता र दुर्घटना लाभ प्रदान गर्ने भाग बाहेक, यो बीमालेख निर्विवाद हुनेछ।</p> <p>स्थानमा _____ वर्ष _____ महिना _____ गते _____ रोज _____</p> <p>साक्षीको हस्ताक्षर _____</p> <p>आवेदकको हस्ताक्षर _____</p> <p>साक्षीको नाम र ठेगाना _____</p> <p>आवेदकको आफै हस्ताक्षरमा पूरा नाम _____ CSC-20</p>						

American Life Insurance Company (ALICO)  
 (Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)  
 Narayani Complex, Pulchowk  
 P.O. Box: 11590, Kathmandu, Nepal  
 Tel: (977-1) 5555166, Fax: (977-1) 5555173  
 E-mail: service-nepal@metlifealico.com

**MetLife ALICO**

APPLICATION AND HEALTH CERTIFICATE in connection with				→	<input type="checkbox"/> <b>Reinstatement</b>	<input type="checkbox"/> <b>Removal/Reduction in Rating</b>	<input type="checkbox"/> <b>Addition of Benefits</b>
Policy Number : _____				Change in	<input type="checkbox"/> <b>Plan</b>	<input type="checkbox"/> <b>Amount</b>	
Insured's Name : _____							
Policy Owner's Name : _____							
	Relationship to policy owner	Height	Weight	Employer's Name	Nature of Business	Daily Duties	Current Residential Address
Insured							
Policy Owner							
<b>Declarations:</b> (Please tick each box below)							
*If any part of the declarations cannot be confirmed, provide details in the appropriate spaces below: Exception to the Declaration.*							
_____				the undersigned, declare that since the date of signing the Application for the said Policy, I and all insureds named above and covered in this policy:			
1. <input type="checkbox"/> Average monthly income over past 12 months ..... 2. <input type="checkbox"/> I/we have not had any change in the place of residence, nature of business, financial status, occupation, or hobbies. 3. <input type="checkbox"/> I/we have not applied for new insurance, change in plan or reinstatement, which was declined, or postponed, withdrawn or modified in kind, amount or rate. 4. <input type="checkbox"/> I/we do not intend to travel during the next twelve months.				Name	Destination	Purpose	Duration
If not, here are the travel details.				_____	_____	_____	_____
5. <input type="checkbox"/> a) I/we do not intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a scheduled service over an established passenger route. <input type="checkbox"/> b) I/we do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing, etc.							
6. <input type="checkbox"/> I/We am/are in good health and do not intend to seek medical advice or undergo medical tests.							
7. <input type="checkbox"/> I/we have not met with any illness or accident, and have not consulted any medical facility, or done tests including those connected with HIV or AIDS.							
8. <input type="checkbox"/> No deaths have occurred in the family (Parents, Brothers, Sisters).							
9. <input type="checkbox"/> I am a female; I am not pregnant.							
<b>*Exceptions to the Declaration*</b>							
No.	Details						
<b>Insurance in force on the insureds under the Policy, including Personal Accident Coverage.</b>							
Company Name	Policy Number	Amount	Effective Date	Rating	Type of Coverage	Benefits	
<b>Current Correspondence Address:</b> _____							
E-mail Address :	Mobile No.:	Phone Number: _____					
I declare that each of the above answers are full, complete and true and agree that they shall be taken as the basis of the reinstatement, change or issue of the above insurance, and that such reinstatement, change or issue shall not be considered as affected by reason of settlement made in payment of or on account of the amount now due until this application shall be duly approved by the Company, and that the receipt, retention, deposit or cashing of any such payment or settlement by the Company or its agent shall not constitute a waiver or forfeiture, or otherwise affect this condition. I also understand that, notwithstanding any provisions to the contrary in said Policy, the policy, but not any part thereof granting Disability or Accident Benefits, if reinstated or modified in such a manner to increase the risk, shall become incontestable after it has been in force during the lifetime of the insured for two years from the date of this application, except for non-payment of premium, fraud and willful misrepresentation, and any part hereof granting Disability or Accident benefits.							
Dated on _____ this _____ day of _____ 201 _____							
_____ Signature of Witness				_____ Signature of Applicant			
_____ Name and address of Witness				_____ Name of Applicant in own handwriting			
CSC-20							