

(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, काठमाण्डौं
फोन नं. ९७७-१-५५५५९६६, फ्याक्स: ९७७-१-५५५५९७३

आवेदन र स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र → पुनर्जागरण थप बीमाशुल्क हटाउने/घटाउने पूरक लाभ थप्ने
परिवर्तन गर्नको लागि बीमा योजनामा बीमांक

बीमालेख नं. : _____
 बीमितको नाम : _____
 बीमालेख मालिकको नाम : _____

| बीमालेख मालिक संगको नाता | उचाई | तौल | रोजगार दाताको नाम | व्यवसायको प्रकृति | दैनिक कार्य | हाल बसोबासको ठेगाना |
|--------------------------|------|-----|-------------------|-------------------|-------------|---------------------|
| बीमित | | | | | | |
| बीमालेख मालिक | | | | | | |

घोषणाहरू : (कृपया तलको प्रत्येक कोठामा चिन्ह (✓) लगाउनुहोस्।)

यदि घोषणाको कुनै भाग निश्चित गर्न सकिएन भने घोषणाको अपवाद भनी दिएको खाली ठाँउमा विवरण दिनुहोस्।

तल सहिछाप गर्ने म _____ घोषणा गर्दछु कि उल्लेखित बीमालेखको लागि आवेदन सहिछाप गरेको मिति देखि म र यस बीमालेख अन्तर्गत रक्षावरण गरिएका सबै बीमितहरू :

- विगत बाह्र महिनाको मासिक आम्दानी
- मेरो/हाम्रो बसोबासको ठेगाना, व्यवसायको प्रकृति, आर्थिक अवस्था, पेशा वा शोखहरूमा कुनै परिवर्तन भएको छैन।
- म/हामीले नयाँ बीमा, बीमा योजना परिवर्तन वा पुनर्जागरणको आवेदन गरेका छैन/छैनौं जुन अस्वीकार भएको, वा स्थगित भएको, फिर्ता भएको वा कुनै किसिमले बीमांक वा बीमाशुल्क दरमा परिवर्तन गरिएको थियो। नाम _____ गन्तव्य _____ उद्देश्य _____ अवधि _____
- म/हामीले आगामी १२ महीना भित्र यात्रा गर्ने विचार गरेको छैन/छैनौं। _____
यदि होइन भने यहाँ विवरण दिनुहोस्। _____
- क) म/हामीले भाडा तिनै यात्रुको रूपमा, व्यावसायिक वायुसेवा द्वारा उडान तालिका अनुसार स्थापित रुटमा संचालित वायुयानमा बाहेक अन्य कुनै किसिमको उडान गर्ने विचार गरेको छैन/छैनौं।
 ख) म/हामीले कुनै खतरनाक खेलकुद वा अन्य कृयाकलाप जस्तै डाइभिड, पर्वतारोहण आदिमा भाग लिदिन/लिदैनौं र सोमा भाग लिने योजना बनाएको छैन/छैनौं।
- म/हामी राम्रो स्वास्थ्य स्थितिमा छु/छौं र कुनै किसिमको चिकित्सकीय सल्लाह वा चिकित्सकीय जाँच गराउने विचार गरेको छैन/छैनौं।
- म/हामीलाई कुनै किसिमको विरामी वा दुर्घटना भएको छैन र कुनै चिकित्सकीय सल्लाह लिएको वा HIV वा AIDS लगाएत कुनै किसिमको परिक्षण भएको छैन/छैनौं।
- परिवारमा कुनै मृत्यु भएको छैन (आमाबुवा, दाजुभाई, दिदीबहिनी)।
- म महिला हुँ : म गर्भवती छैन।

घोषणाको अपवादहरू

| नं. | विवरण |
|-----|-------|
| | |
| | |

बीमितको जीवनमा चालु रहेको जीवन बीमा व्यक्तिगत दुर्घटना रक्षावरण समेत।

| कम्पनीको नाम | बीमालेख नं. | बीमांक | लागू मिति | बीमाशुल्क दर | रक्षावरणको किसिम | लाभहरू |
|--------------|-------------|--------|-----------|--------------|------------------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

हाल पत्राचारको ठेगाना : _____

ई-मेलको ठेगाना : _____ मोबाईल नं. _____ फोन नं. _____

म घोषणा गर्दछु कि माथिका प्रत्येक उत्तरहरू पूर्ण र सत्य छन् र मञ्जुर गर्दछु कि ती उत्तरहरू माथि उल्लेखित बीमाको पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी गर्ने आधारको रूपमा लिइनेछ र त्यस्तो पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी गर्नुलाई यो आवेदन कम्पनीद्वारा स्विकृत नगरिएसम्म भुक्तानी फर्छ्यौट भएको कारणले वा हाल बन्धुता रहेको रकमको आधारले भएको मानिने छैन र कम्पनी वा यसको अधिकर्ताद्वारा रकम प्राप्ति, रिटेन्सन, धरौटी वा त्यस्तो कुनै भुक्तानीको नगदीकरण वा फर्छ्यौटले यस शर्तलाई मिनाहा गर्ने, जफत गर्ने वा अन्य कुनै किसिमले असर गर्ने छैन। मैले यो पनि बुझेको छु कि बीमालेख प्रावधानहरूमा 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।

_____ स्थानमा _____ वर्ष _____ महिना _____ गते _____ रोज

_____ साक्षीको हस्ताक्षर _____ आवेदकको हस्ताक्षर

_____ साक्षीको नाम र ठेगाना _____ आवेदकको आफ्नै हस्ताक्षरमा पूरा नाम

APPLICATION AND HEALTH CERTIFICATE in connection with → Reinstatement Removal/Reduction in Rating Addition of Benefits
 Policy Number : _____ Change in Plan Amount
 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 | | | | | | | |

Declarations: (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:

- Average monthly income over past 12 months
- I/we have not had any change in the place of residence, nature of business, financial status, occupation, or hobbies.
- 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.
- I/we do not intend to travel during the next twelve months.

| | | | |
|-------|-------------|---------|----------|
| Name | Destination | Purpose | Duration |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

 If not, here are the travel details.
- 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.
 b) I/we do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing, etc.
- I/We am/are in good health and do not intend to seek medical advice or undergo medical tests.
- 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.
- No deaths have occurred in the family (Parents, Brothers, Sisters).
- I am a female; I am not pregnant.

Exceptions to the Declaration

| No. | Details |
|-----|---------|
| | |
| | |

Insurance in force on the insureds under the Policy, including Personal Accident Coverage.

| Company Name | Policy Number | Amount | Effective Date | Rating | Type of Coverage | Benefits |
|--------------|---------------|--------|----------------|--------|------------------|----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Current Correspondence Address: _____

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, not withstanding 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 |