

PART III

Questions pertain to proposed person named on the application If "YES" to any question, give details including physicians and dates.

1. Have you been treated for or told you had diabetes, abnormal blood pressure, any disorder or disease of the heart, lung, back or spine, a mental, weight or nervous conditions; cancer, leukemia, kidney or liver disease; alcoholism or drug abuse or any other disease, disorder, injury or congenital anomalies; or has consulted a physician for any other reasons ? Yes No _____

2. Do you intend to seek medical advice, treatment or have any medical tests performed ? _____

3. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) Questions-Describe in detail any affirmative answers. _____

a. Have you received medical advice, or treatment, in connection with AIDS or an AIDS related condition or a sexually transmitted disease ? Have you been told you had AIDS or AIDS related complex? Have you had or been told you had a positive blood test for antibodies to the AIDS virus? (Human Immune Deficiency Virus). _____

b. Do you have any of the following which are unexplained : Fatigue, Weight Loss, Diarrhea, enlarged Lymph nodes, or unusual skin lesions? _____

4. What life, accidental death, disability or hospital insurance do the Proposed Person now carry or have applied for? **COMPANY** **AMOUNT** **POLICY No.**

5. Does the Disability Income insurance under all policies in force or applied for exceed 75% of that person's earnings? _____

6. What is your Weekly Earned Income? _____ Existing or Applied Life Policy No. with ALICO. _____

7. Does the Proposed Person named above undertake/participate or expect to undertake/participate in any hazardous sport or undertaking (Examples: skydiving, underwater diving, hang-gliding, parachuting, private flying, mountaineering, rock climbing, auto cycle or boat racing, surfing or skiing on land or water etc.....) ? _____

Additional Information : _____

Name & Address of Applicant if other than the Insured _____

Signature of Applicant _____

All the statement in this application are true and complete to the best of my knowledge and belief and they shall form part of the contract of insurance. I hereby exonerate any Physician and/or Hospital and/or Clinic and/or Insurance Company and/or other Organization that has any records or knowledge of me and/or my family member proposed for insurance (if any) from professional secrecy and hereby authorize such person and/or entities to give to American Life Insurance Company any and all information about me and/or my family member proposed for insurance and copy of records with reference to health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment.

I also authorize ALICO to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financial and/or professional and/or personal status, as well as information related to my driving history. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

I understand and agree that no coverage will be in effect until this application is approved by the Company and a policy is issued and delivered during the good health of all Proposed Person and that the policy will only cover injury, disease or illness that originates after the date of first premium receipt.

Dated and signed in the country stated as the Proposed Insured's residence address on the reverse side of this application.

Important Notice: Before signing this declaration please check that the answers given in this application are completed and correct. An incorrect or incomplete answer may invalidate the policy and the invalidated policy will not make the Company liable to pay any future claim or refund of premium.

Any change in occupation or health condition of the proposed Insured(s) and in any of the declaration made in the application, after the date of application and before the issuance of first premium receipt, must immediately be notified to the company. Failure to such notification will invalidate the policy and the invalidated policy will not make Company liable to pay any future claim or refund of premium.

The premium paid after approval of application shall not be refunded under any circumstances except under the provisions of the policy.

Please obtain premium receipt signed by authorized employee of the company after paying premium as there shall be no insurance coverage until premium receipt for Life Insurance is issued by the company.

Please pay premium by account payee cheque/draft drawn in favour of the company.

_____ Date _____ Place _____ Signature of Insured _____ Name of Insured in own Handwriting _____

WITNESS: _____
 Signature of Agent _____ Date _____ Agent's Name & Code No. _____

If the above answers are given by a person who cannot understand language of application or who is illiterate or who cannot read & write due to some other reasons, a declaration has to be made by a well known person who is not related to Company or a family member of the applicant who read, explained and/or filled up the application form:

I declare that I have well explained the subject matter of the application to the applicant and all answers have been recorded correctly and the proposed insured has affixed the thumb print after having been well understood.

Dated at this day of 201.....

Name _____ Signature _____
 Occupation _____
 Full Address _____

बीमाको लागि आवेदन

आवेदन नं. :
अधिकर्ताको कोड नं.
एजेन्सी/इकाईको नाम:
अधिकर्ताको नाम:
अधिकर्ता ईजाजत पत्र नं. : १६नविकरण भएको मिति.....

MetLife Alico

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

(सन् १९२१ मा संयुक्त राज्य अमेरिकामा लिमिटेड कम्पनीको रूपमा स्थापित भई बीमा ऐन, २०४९ अनुसार नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न इजाजत प्राप्त) कम्पनी दर्ता नं. ६/०६२/०६३
नेपाल कार्यालय:
नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक
पो.ब. नं. ११५९०, काठमाडौं, नेपाल

प्रस्तावित बीमितको
पासपोर्ट
साइजको फोटो

भाग १

तालिका

(कृपया उत्तरहरू कालो मसिले लेख्नुहोस् । सच्याईएको वा संसोधन गरिएको ठाउँमा प्रस्तावित बीमितको हस्ताक्षर एवं मिति अनिवार्य छ ।)

प्रस्तावित बीमितको नाम	
(नेपालीमा)	(अंग्रेजीमा)
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> विधवा <input type="checkbox"/> पारपाचुके	जन्म मिति / / (उमेरवर्ष)
पत्राचारको ठेगाना घर नं. टोल गार्ड	राष्ट्रियता :
वार्ड नं. गा. वि. स./न.पा./म. न. पा. शहर	
जिल्ला देश पो. ब. नं. :	इमेल:
टेलिफोन नं. : घर अफिस	मोबाइल नं.
रोजगारदाता :	
पेशा :	
दैनिक गर्नुपर्ने खास कामहरू :	
उचाई : से. मी./फिट	तौल : कि. ग्रा.
इच्छाईएको व्यक्ति(हरु)	बीमित र इच्छाईएको व्यक्ति(हरु)को नाता
कृपया ध्यान दिनुहोस् : बीमितको बीमा योग्यतामा कुनै परिवर्तन भएमा कम्पनीलाई तुरुन्त सूचना दिनुपर्ने छ ।	

भाग २

एकमुष्ठ

कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस् :

एकजुकेटिभ प्लान नं. एकजुकेटिभ गोल्ड प्लान नं.

प्रस्तावित बीमित पेशा वर्ग

लाभहरू	बीमांक	बीमाशुल्क
मृत्यु लाभ	बीमांक रु	
AD,D & PTD-एकमुष्ठ	बीमांक रु	
AMR	रकम रु	
IH-A	साप्ताहिक आय रु	
ऐच्छिक:		
AWI	साप्ताहिक आय रु	

जम्मा बीमाशुल्क _____

दुर्घटना र अस्वस्थताको कारण अस्पताल भर्नाआय

कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस् :

एकजुकेटिभ प्लान नं. एकजुकेटिभ गोल्ड प्लान नं.

प्रस्तावित बीमित पेशा वर्ग

लाभहरू	बीमांक	बीमाशुल्क
मृत्यु लाभ	बीमांक रु	
AD,D & PTD	बीमांक रु	
AMR	रकम रु	
IH- A&S	साप्ताहिक आय रु	
ऐच्छिक:		
A&S Surgical	रकम रु	

जम्मा बीमाशुल्क _____

आजीवन आय

कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस् :

एकजुकेटिभ प्लान नं. एकजुकेटिभ गोल्ड प्लान नं.

प्रस्तावित बीमित पेशा वर्ग

लाभहरू	बीमांक	बीमाशुल्क
मृत्यु लाभ	बीमांक रु	
AD,D & PTD -आजीवन आय (मासिक आय)	बीमांक रु	

जम्मा बीमाशुल्क _____

संयुक्त

कृपया एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस् :

एकजुकेटिभ प्लान नं. एकजुकेटिभ गोल्ड प्लान नं.

प्रस्तावित बीमित पेशा वर्ग

लाभहरू	बीमांक	बीमाशुल्क
मृत्यु लाभ	बीमांक रु	
AD,D & PTD-एकमुष्ठ	बीमांक रु	
AD,D&PTD-आजीवन आय (मासिक आय)	बीमांक रु	
AMR	रकम रु	
IH-A	साप्ताहिक आय रु	
ऐच्छिक:		
AWI	साप्ताहिक आय रु	

जम्मा बीमाशुल्क _____

विशेष योजना

प्रस्तावित बीमित पेशा वर्ग

लाभहरू	बीमांक	बीमाशुल्क
मृत्यु लाभ	बीमांक रु	
AD,D & PTD-एकमुष्ठ	बीमांक रु	
AD,D&PTD-आजीवन आय (मासिक आय)	बीमांक रु	
AMR	रकम रु	
IH-A	साप्ताहिक आय रु	
IH-A&S	साप्ताहिक आय रु	

जम्मा बीमाशुल्क _____

AD,D & PTD = दुर्घटना मृत्यु, अंगभंग र पूर्ण स्थायी असक्तता
AMR = दुर्घटना वापत औषधोपचार खर्च सोधभर्ना
IH-A = दुर्घटनाको कारण अस्पताल भर्ना आय
IH-A&S = दुर्घटना र अस्वस्थताको कारण अस्पताल भर्ना आय
AWI = ५२ हप्ते दुर्घटना अशक्तता आय
A&S Surgical = दुर्घटना र अस्वस्थताको कारण शल्यक्रिया

बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका : बाषिर्क अर्ध बाषिर्क

कुल जम्मा बीमाशुल्क _____

APPLICATION FOR INSURANCE

MetLife Alico

American Life Insurance Company

(Incorporated in 1921 in the U.S.A. as a Limited Company and Registered for Life Insurance Business in Nepal under Insurance Act, 2049)
Company Regn. No. 6/062/063

NEPAL OFFICE:
Narayani Complex, Pulchowk
G. P. O. Box. 11590, Kathmandu, Nepal

P.P. Size
Photo of
Proposed
Insured

Application Number : _____

Agent's Code No: _____

Agency/Unit's Name: _____

Agent's Name: _____

Agent Licence No. : 16/.....Renewed on _____

PART I

SCHEDULE

(Please print answers in black ink. Changes and Corrections Must Be Initialed and Dated by Proposed Insured)

NAME OF PROPOSED INSURED:

_____ (English (In Block Letters)) _____ (Nepali)

Male Female Single Married Widowed Divorced/Separated DATE OF BIRTH / / (Age Yrs)

MAILING ADDRESS: HOUSE NO. VILLAGE/TOLE
WARD NO. V.D.C./MUNICIPALITY CITY
DISTRICT COUNTRY P.O.BOX. E-mail
TELEPHONE : RESIDENCE OFFICE Mobile No.

EMPLOYER : _____
OCCUPATION : _____
EXACT DAILY DUTIES : _____

HEIGHT : cm/ft WEIGHT: kgs

Name of Beneficiary(ies) _____ Relationship of Insured And Beneficiary(ies) _____

PLEASE NOTE: ANY CHANGE IN THE ELIGIBILITY OF NAMED INSURED MUST BE IMMEDIATELY NOTIFIED TO THE COMPANY

PART II

LUMPSUM

Please Tick one: Executive Plan No. Executive Gold Plan No.
PROPOSED INSURED OCCUPATIONAL CLASS

BENEFITS	AMOUNT	PREMIUM
Natural Death	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD	PRINCIPAL SUM Rs.	
AMR	AMOUNT Rs.	
IH-A	WEEKLY BENEFIT Rs.	
Optional:		
AWI	WEEKLY BENEFIT Rs.	

TOTAL PREMIUM _____

A&S IN-HOSPITAL INCOME

Please Tick one: Executive Plan No. Executive Gold Plan No.
PROPOSED INSURED OCCUPATIONAL CLASS

BENEFITS	AMOUNT	PREMIUM
Natural Death	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD	PRINCIPAL SUM Rs.	
AMR	AMOUNT Rs.	
IH- A&S	WEEKLY BENEFIT Rs.	
Optional:		
A&S Surgical	AMOUNT Rs.	

TOTAL PREMIUM _____

LIFE TIME INCOME (LTI)

Please Tick one: Executive Plan No. Executive Gold Plan No.
PROPOSED INSURED OCCUPATIONAL CLASS

BENEFITS	AMOUNT	PREMIUM
Natural Death	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD - Life Time	PRINCIPAL SUM Rs.	
Income (per Month)		

TOTAL PREMIUM _____

COMBINED

Please Tick one: Executive Plan No. Executive Gold Plan No.
PROPOSED INSURED OCCUPATIONAL CLASS

BENEFITS	AMOUNT	PREMIUM
Natural Death	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD -Lumpsum	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD-Life Time	PRINCIPAL SUM Rs.	
Income (per Month)		
AMR	AMOUNT Rs.	
IH-A	WEEKLY BENEFIT Rs.	
Optional:		
AWI	WEEKLY BENEFIT Rs.	

TOTAL PREMIUM _____

Special Plan

PROPOSED INSURED OCCUPATIONAL CLASS

BENEFITS	AMOUNT	PREMIUM
Natural Death	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD -Lumpsum	PRINCIPAL SUM Rs.	
AD,D & PTD-Life Time	PRINCIPAL SUM Rs.	
Income (per Month)		
AMR	AMOUNT Rs.	
IH-A	WEEKLY BENEFIT Rs.	
IH-A&S	WEEKLY BENEFIT Rs.	

TOTAL PREMIUM _____

AD,D & PTD = Accidental Death, Dismemberment and Permanent Total Disability
AMR = Accidental Medical Expenses Reimbursement
IH-A = In-Hospital Income due to Accident
IH-A&S = In-Hospital Income due to Accident & Sickness
AWI = Accidental Disability Income 52 Weeks
A&S Surgical = Accidental & Sickness Surgical

MODE OF PREMIUM PAYMENT ANNUAL SEMI-ANNUAL GRAND TOTAL MODAL PREMIUM _____

<p>आवेदनमा नाम उल्लेख भएका प्रस्तावित व्यक्ति संग सम्बन्धित प्रश्नहरू :</p> <p>१. के तपाईंलाई कहिल्यै बायु ज्वरो, हृदयघात, छाती दुख्ने, रक्तचाप वा मुटु तथा रक्तसंचार सम्बन्धी अन्य कुनै रोग वा गडबडी, क्यान्सर (अनुद रोग), ट्यूमर, हेपाटाईटिस वा कलेजो सम्बन्धी अन्य कुनै रोग, मृगौला वा मुतेन्द्रियको रोग, मधुमेह वा अन्य कुनै अन्तःस्राव (Endocrine) को गडबडी, पेट वा अरु उदरीय अंग वा प्रजनन अंग वा प्रजनन सम्बन्धी गडबडी, पक्षघात वा अन्य कुनै नशा सम्बन्धी वा मानसिक गडबडी, रक्सी वा लागु औषध दूष्यसंन वा माथि उल्लेख नगरिएको अन्य कुनै रोग वा गडबडी वा जन्मजात विकृतीको शंका गरिएको, परिक्षण, उपचार वा शल्यक्रिया गरिएको छ ? वा अन्य कुनै कारणले चिकित्सकीय सल्लाह लिइएको छ ?</p> <p>२. के तपाईंले कुनै स्वास्थ्योपचार वा शल्यक्रिया वा स्वास्थ्य परीक्षण गराउनु भएको छ वा अस्पताल भर्ना हुनु भएको छ वा तपाईंलाई कुनै स्वास्थ्य परीक्षण, शल्यक्रिया वा अस्पतालमा भर्ना हुने सल्लाह दिईएको छ वा गराउनु चाहनु भएको छ ?</p> <p>३. एड्स AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) संग सम्बन्धित प्रश्नहरू : कुनै उत्तर सकारात्मक भएमा पूर्ण विवरण दिनुहोला ।</p> <p>(क) के तपाईंले एड्स (AIDS), एड्ससंग सम्बन्धित जटिलता वा एड्ससंग सम्बन्धित अन्य कुनै अवस्था वा यी न अन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्नु भएको छ, वा तपाईंलाई सो भएको भनिएको छ, वा तपाईंको रगत परिक्षणमा HIV (एड्स) विषाणु सकारात्मक पाइएको वा सकारात्मक भएको भनिएको छ ?</p> <p>(ख) के तपाईंलाई कारण पत्ता नलागेको बढी थकाई लाग्ने, तौल घट्ने, बराबर पखाला लागि रहने, लिम्फ ग्रन्थी बढेको वा अस्वभाविक चर्मरोग आदि भएको छ ?</p>	<p>यदि कुनै प्रश्नको उत्तर छ/ हो भएमा चिकित्सकको नाम, मिति समेतको विवरण दिनुहोस्</p> <p>छ/ हो छैन/ होइन</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>								
<p>४. प्रस्तावित व्यक्तिको के कति जीवन, दुर्घटना मृत्यु, असक्तता वा अस्पताल भर्ना बीमा रहेको छ वा आवेदन गरिएको छ ?</p>									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 15%;">कम्पनी</td> <td style="width: 15%;">बीमांक</td> <td style="width: 15%;">बीमालेख नं.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="text"/></td> <td style="border: none;"><input type="text"/></td> <td style="border: none;"><input type="text"/></td> </tr> </table>			कम्पनी	बीमांक	बीमालेख नं.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	कम्पनी	बीमांक	बीमालेख नं.						
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<p>५. के प्रस्तावित व्यक्तिको चालु वा आवेदित असक्तता बीमा आय निजको स्वआर्जनको ७५ % भन्दा बढी छ ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>									
<p>६. तपाईंको साप्ताहिक स्वआर्जन आय कति हो ? _____ हाल एलिको (ALICO) संग रहेको वा प्रस्तावित जीवन बीमालेख नं. _____</p>									
<p>७. के तपाईंले अहिले वा भविष्यमा कुनै किसिमको दौड, स्कुवा वा स्काई डाइभिड, वाटर डाइभिड, हैडग्लाइडिड, सर्फिड, स्थल वा जलस्कीइड, पर्वतारोहण र चन्द्रान आरोहण, पारासुटिङ, मोटर दौड वा अन्य कुनै खतर नाक खेलकुद वा क्रियाकलापमा भाग वा सोको उत्तरदायित्व लिनु भएको छ वा लिने विचार गर्नुभएको छ वा यात्रुवाहक हवाई सेवाको नियमित उडानमा भाडातिरी उडान गर्ने बाहेक अन्य कुनै रूपमा उडान गर्नु हुन्छ वा गर्ने विचार गर्नु भएको छ ? यदि हो भने विवरण दिनुहोस् ? _____</p>									
<p>थप विवरण: _____</p>									

आवेदक (बीमित वाहेक अन्य भए) को नाम र ठेगाना _____

आवेदकको दस्तखत _____

मेरो जानकारी र विश्वासमा यस आवेदनका सबै बयानहरू पूर्ण र सत्य छन् र यी सबै बीमा करारका अंग हुनेछन् । म र बीमाका लागि प्रस्तावित मेरा परिवारका सदस्यहरू (कुनै भए) को बारेमा कुनै जानकारी वा तथ्याड्ढ भएको कुनै पनि चिकित्सक र वा अस्पताल र वा क्लिनिक र वा संस्थालाई व्यवसायिक गोपनीयताको दायित्वबाट छुट दिन्छु र त्यस्तो व्यक्ति र वा संस्थालाई अमेरिकन लाई इन्स्योरेन्स कम्पनी (ALICO) लाई मेरो र वा बीमाका लागि प्रस्तावित मेरो परिवारका सदस्यहरू बारेको कुनै वा सबै जानकारी र स्वास्थ्य र वा चिकित्सकीय इतिहास र वा कुनै अस्पताल भर्ना, चिकित्सकीय सल्लाह, जाँच, उपचार, रोग र वा विमारी सम्बन्धी तथ्याड्ढको नक्कल दिन अधिकार प्रदान गर्दछु ।

मेरो आर्थिक र वा व्यावसायिक र वा व्यक्तिगत स्तर साथसाथै मेरो सवारी चालक सम्बन्धी विवरण बारेको जानकारी उपयुक्त ठानेको कुनै पनि श्रोतबाट प्राप्त गर्न अमेरिकन लाई इन्स्योरेन्स कम्पनी (ALICO) लाई अधिकार प्रदान गर्दछु । यो अधिकार पत्रको छाया प्रति सक्कल सरह मान्य हुनेछ ।

म बुझ्दछु र मञ्जुर गर्दछु कि कम्पनी द्वारा यो आवेदन स्वीकार भई सबै प्रस्तावित बीमितहरू पूर्ण स्वास्थ्य अवस्थामा रहेकै अवधि भित्र बीमालेख जारी भई हस्तान्तरण नभईकन र त्यसको पूर्ण प्रथम बीमाशुल्क चुक्ता भुक्तानी नभईकन कुनै रक्षावरण लागू हुने छैन र बीमालेख लागू मिति पश्चात उत्पन्न भएको घाउचोट, रोग वा अस्वस्थतालाई मात्र रक्षावरण गर्ने छ ।

महत्वपूर्ण सूचना: कृपया यस घोषणामा दस्तखत गर्नु अगाडि आवेदनमा दिइएका जवाफहरू पूर्ण र सत्य भए नभएको जाँचनु होला । अपूर्ण र असत्य जवाफले बीमालेख बदर गराउन सक्नेछ र बदर भएको बीमालेखले कम्पनी प्रति भविष्यमा कुनै दाबी भुक्तानी गर्नुपर्ने वा बीमाशुल्क फिर्ता गर्नुपर्ने दायित्व थ्रजना गर्ने छैन ।

आवेदन पेश भएको मितिपछि तथा प्रथम बीमाशुल्कको रसिद जारी हुनुभन्दा अगाडि प्रस्तावित बीमित(हरू)को पेशा परिवर्तन भएमा वा स्वास्थ्य स्थितिमा कुनै प्रतिकूल अवस्था उत्पन्न भएमा र आवेदनमा घोषणा गरिएका कुनैपनि कुरा परिवर्तन भएमा कम्पनीलाई तुरुन्तै सोको जानकारी गराउनु पर्नेछ र नगराएमा बीमालेख बदर हुनसक्नेछ र बदर भएको बीमालेखले कम्पनी प्रति भविष्यमा कुनै दाबी भुक्तानी गर्नुपर्ने वा बीमाशुल्क फिर्ता गर्नुपर्ने दायित्व थ्रजना गर्ने छैन ।

आवेदन स्वीकृत भई भुक्तानी गरिएको बीमाशुल्क बीमालेखका प्रावधानहरूमा व्यवस्था गरिएकोमा बाहेक अन्य कुनै अवस्थामा फिर्ता हुनेछैन ।

जीवन बीमा गराए वापतको बीमाशुल्क बुझाएको रसिद कम्पनीले जारी नगरेसम्म बीमा सुरक्षण नहुनेहुँदा बीमाशुल्क तिरेर कम्पनीको अधिकार प्राप्त कर्मचारीले हस्ताक्षर गरेको रसिद अनिवार्य रूपले प्राप्त गर्नुहोला ।

बीमाशुल्क भुक्तानी गर्दा सकेसम्म कम्पनीको नाममा खिचिएको एकाउण्ट पेयी चेक/ड्राफ्ट द्वारा भुक्तानी गर्नुहोला ।

मिति _____	स्थान _____	बीमितको दस्तखत _____	बीमितको आफ्नै हस्ताक्षरमा पूरा नाम _____
साक्षी : _____		मिति _____	अभिकर्ताको नाम र कोड नं. _____
अभिकर्ताको दस्तखत _____			

यदि माथि उल्लेखित प्रश्नहरूको उत्तर दिने र घोषणामा दस्तखत गर्ने प्रस्तावक बीमित आवेदनको भाषा नबुझ्ने भएमा वा निरक्षर भएमा वा अन्य कुनै कारणले पढ्न लेख्न नसक्ने भएमा यस आवेदनको विषय वस्तु प्रस्तावक बीमितलाई राम्रोसँग बुझाई, प्रस्तावक बीमितले दिएको जवाफहरू ठीक ठीक फाराममा लेख्ने, प्रस्तावक बीमितको परिवारको सदस्य वा कम्पनीसँग सम्बन्ध नभएको कुनै सुपरिचित व्यक्तिले निम्न अनुसारको घोषणा गर्नु पर्नेछ :

म यो घोषणा गर्दछु कि मैले प्रस्तावक बीमितलाई यस आवेदनको विषय वस्तु राम्ररी सम्झाएको छु र निजले दिएको उत्तर ठीक ठीक लेखेको छु र निजले राम्ररी बुझेपछि मात्र आवेदन फाराममा सहीशाय गरेको हो ।

स्थान: मिति

घोषणा गर्ने व्यक्तिको नाम, थर _____ दस्तखत _____

पेशा _____

पूरा ठेगाना _____