

नाबालिग बीमाको लागि आवेदन

(१५ वर्ष र सोभन्दा मुनिको नाबालिगहरुको बीमाको लागि प्रयोग हुने आवेदन)

प्रस्तावित बीमितको
पासपोर्ट
साइजको फोटो



अमेरिकन लाइफ 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

आवेदन नं. : _____

अभिकर्ताको कोड नं.: _____

एजेन्सी/इकाईको नाम:

अभिकर्ताको नाम:

अभिकर्ता ईजाजत पत्र नं. : १६/नविकरण भएको मिति

- स्वास्थ्य परीक्षण गरिएको
- स्वास्थ्य परीक्षण नगरिएको

जीवन तथा व्यक्तिगत दुर्घटना बीमाको लागि आवेदन

यस आवेदन अनुसार बीमाशुल्क बुझाएको ३० दिन भित्र जीवन बीमालेख प्राप्त नभएमा कम्पनीमा सम्पर्क राख्नुहोला ।

प्रस्तावित बच्चाको पूरा नाम: (अंग्रेजीमा) पुरुष बाबुको नाम:

..... (नेपालीमा) महिला आमाको नाम:

जन्म मिति:/...../..... उमेर:

(दिन महिना वर्ष)

राष्ट्रियता: बच्चा हाल बसोबास गर्ने ठेगाना:/.....

(देश) (गाउँ/शहर)

बीमा योजना र अवधि: बीमांक रकम:

(अक्षरमा पूरा रूपमा) (अक्षरमा)

पूरक लाभहरु:

- शैक्षिक सुरक्षा व्यवस्था (EPR) दुर्घटना मृत्युलाभ (ADB) (५ वर्ष र सो भन्दा माथि)
- अशक्तता सुरक्षा व्यवस्था (DPR) व्यक्तिगत दुर्घटना PA (AD, D & PTD)
- (बीमित बच्चा बालिग नहुदा सम्म आवेदकको जीवनमा लागू हुने)

जफत नहुने प्रावधानहरु (मोहलतको अवधिपछि बीमाशुल्क भुक्तानी नभएको अवस्थामा लागू हुने ।)

- Automatic Premium Loan Paid Up

इच्छाएको व्यक्ति (पूरा नाम):

माताको नाम:

पिताको नाम:

बच्चासँगको नाता:

(आमा, बुबा वा वैधानिक संरक्षकको नाम मात्र इच्छाएको व्यक्तिमा राख्न सकिनेछ ।)

(आवेदकको व्यक्तिगत दुर्घटना बीमाको लागि इच्छाएको व्यक्ति बीमित बच्चा नै हुनेछ ।)

बीमा शुल्क भुक्तानी

- वार्षिक अर्ध वार्षिक त्रैमासिक
- विशेष अनुरोध:

कृपया तल उल्लेखित प्रश्नहरुको स्पष्ट जवाफ दिनुहोस् । टिक वा ड्यास मात्र पर्याप्त हुने छैनन् । कम्पनीले तथ्यपूर्ण ठानेको विषयवस्तु (जस्तै: बीमालेखको प्रस्ताव मूल्यांकन र स्वीकृत गर्न प्रभाव पार्ने खालका तथ्यहरु) खुलस्त नपारिएको अवस्थामा बीमालेख बदर हुन जानेछ । यदि तपाईंलाई कुनै तथ्य महत्वपूर्ण छ भन्ने शंका लागेमा खुलस्त पार्नुहोस् ।

बच्चाको पारिवारिक रेकर्ड	जीवित रहँदाको उमेर	स्वास्थ्य स्थिति	मृत्यु हुँदाको उमेर	मृत्युको कारण	जारी रहेको र/वा आवेदन गरिएको जीवन बीमा	
					रकम	कम्पनी
बाजे						
बज्यै						
बुबा						
आमा						
दाजुभाई(हरु)						
दिदीबहिनी(हरु)						

क. आवेदन गर्ने व्यक्ति (जसलाई यहाँ आवेदक भनिएको छ, र जो बच्चा बालिग नहुन्जेल बीमालेखको मालिक हुनेछ ।) को विवरण:

१. आवेदकको पूरा नाम: पुरुष शैक्षिक योग्यता :

(अंग्रेजीमा) महिला बाबुको नाम:

(नेपालीमा) आमाको नाम:

२. बच्चासँगको नाता:

३. जन्म मिति:/...../..... उमेर: जन्म स्थान: राष्ट्रियता:

(दिन महिना वर्ष)

४. स्थायी ठेगाना: घर नं.: टोल/गाउँ: वार्ड नं.:

गा.वि.स./न.पा.: जिल्ला: फोन नं. (घर):

५. आवासीय ठेगाना: घर नं.: टोल/गाउँ: वार्ड नं.:

गा.वि.स./न.पा.: जिल्ला: फोन नं.: घर:

कार्यालय: मोबाईल: इमेल:

६. कर्मचारी व्यवसायी रोजगार दाता/व्यवसायको पंजिकृत नाम:

कामको प्रकृति: स्थायी लेखा नम्बर

आवेदक/
मालिकको
फोटो

APPLICATION FOR JUVENILE INSURANCE
(To be used for all policies on juveniles 15 years of age and under)

APP. No.: _____
 Agent's Code: _____
 Agency's/Unit's Name:.....
 Agent's Name:.....
 Agent Licence No.: 16/ Renewed on.....



Medical
 Non-Medical



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 No. 11590
Kathmandu, Nepal

APPLICATION FOR LIFE AND PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

Please inform to the company if the policy for this application is not received within 30 days from the date of premium payment.

Full Name of Proposed Child:
(Write in Block Letters) Male Name of Father:
(In Nepali) Female Name of Mother:
 Date of Birth:/...../..... Age:
(Day Month Year)
 Nationality: Child Currently resides in:/.....
(Country Town/Village)
 Plan and Duration: Amount:
(State in Full Words) (State in Words)

Additional Benefits

Education Protection Rider (EPR) Accidental Death Benefit-ADB-(age 5 and over)
 Disability Protection Rider (DPR) PA (AD, D & PTD)
(Applicable to adult applicant's life until Child attains legal age)

Non-Forfeiture Options (Applicable incase premium becomes due after expiry of grace period):

Automatic Premium Loan Paid Up

Beneficiary (Full Name):
 Name of Mother of Beneficiary :
 Name of Father of Beneficiary :
 Relationship to Child :
(Include Mother, Father or Legal Guardian as beneficiary)
 (Beneficiary for PA on Applicant will be the Child Insured)

Mode of Premium Payment

Annual Semi Annual Quarterly
 Special Request:

Please give a definite answer to each of the following questions. Ticks or dashes are not sufficient. Failure to disclose any facts which the company would regard as material (that is, facts likely to influence the assessment and acceptance of this application) may cause the insurance to be declared void. If you are in doubt as to whether certain facts are material, you should disclose them.

Child's Family Record	Age at Living	State of Health	Age at Death	Cause of Death	Insurance Existing and/or Applied For	
					Amount	Company
Grand Father						
Grand Mother						
Father						
Mother						
Brothers						
Sisters						

A. DETAILS OF PERSON APPLYING, HEREIN CALLED THE APPLICANT WHO IS TO BE THE OWNER OF THE POLICY UNTIL CHILD REACHES LEGAL AGE:

1. Full Name:
(Write in Block Letters) Male Academic Qualification:.....
(In Nepali) Female Name of Father:.....

2. Relationship to child:..... Name of Mother:

3. Date of Birth:/...../..... Age:..... Place of Birth: Nationality:.....
(Day Month Year)

4. Permanent Address: House No.: Tole/Village: Ward No:
 V.D.C/Municipality: District: Tel No.:

5. Current Residence Address: House No.: Tole/Village: Ward No:
 V.D.C/Municipality: District: Tel No.: Res
 Off.: Mobile: Email:

6. Employee Self-Employed Name of Registered Business/Employer:
 Nature of Business: Permanent Account Number.....

