



SME EMPLOYEE BENEFIT PACKAGE रोजगारदाता कम्पनीको आवेदन फाराम

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

१) (क) संस्थाको नाम :

(ख) ठेगाना :

टेलिफोन नं. :

मोबाईल नं.:

फ्याक्स :

ईमेल :

वेबसाईट :

२) व्यवसायको प्रकृति :

३) कर्मचारीहरुको विवरण : - संलग्न गरिएको विवरण र बीमाशुल्क गणना फाराम पूर्णरूपले भर्नुहोस् ।

कर्मचारीहरुको संख्या : जम्मा : _____

४) सामूहिक बीमा योजना प्रारम्भहुने प्रस्तावित मिति :

५) ईच्छाइएको रक्षावरण लाभहरु - (तल उपयुक्त बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।)

प्याकेज (Package): Package 1 Package 2 Package 3 Package 4

ईच्छाइएको लाभहरु :

मुख्य लाभ : Life, AD&D, PTD, AMR, AWI, IHI (A&S)

ऐच्छिक लाभ (F): Critical Illness – 13 Diseases (२० जना भन्दा बढी कर्मचारीहरु भएको समूहको लागि मात्र ।)

अन्य (यदी भए खुलाउनुहोस् ।).....

६) अभिकर्ताको नाम:

७) अभिकर्ताको कोड नं.:

८) रोजगारदाता कम्पनीको घोषणा:

SME Employee Benefit Package Policy को लाभहरु, शर्तहरु र प्रावधानहरु पढी, बुझी स्वीकार गरेको छु । म यहाँ रोजगारदाता कम्पनीको तर्फ बाट निम्नानुसार प्रमाणित र स्वीकार गर्दछु ।

(i) यस आवेदन फाराममा उपलब्ध गराईएको सूचनाहरु मैले जानेबुझे अनुसार पूर्ण र सत्य छु ।

(ii) सबै कर्मचारीहरु यस बीमा रक्षावरण अन्तर्गत समावेश गरिएका छन् ।

(iii) रोजगारदाता कम्पनीले रक्षावरण प्रारम्भ मितिमा वा सो मिति अवागै वार्षिक बीमाशुल्क भुक्तानी गर्नु पर्नेछ ।

(iv) रक्षावरण प्रारम्भ मितिमा रक्षावरण गर्नु पर्ने सबै कर्मचारीहरुको उमेर १६ देखि ६४ वर्ष भित्र रही राम्रो स्वास्थ्य रहेको र सकृय रूपमा काममा रहेका छन् ।

(v) सबै कर्मचारीहरुले नामांकन (G-42) फारम भर्नु पर्दछ ।

(vi) पूर्णरूपले भरीएको नामांकन (G-42) फारम, विवरण फारम र बीमाशुल्क गणना फारम बीमा कम्पनीमा पेश गर्नु पर्दछ ।

(vii) बीमा रक्षावरण स्वीकार गर्ने वा नगर्ने र बीमालेख जारी गर्ने वा नगर्ने निर्णय बीमा कम्पनीको जोखिमांकनको आधारमा गरिनेछ ।

महत्वपूर्ण सूचना : यस फारामसंग संलग्न गरीएको “संस्थागत ग्राहक विवरण फाराम” पूर्ण रूपले भर्नु होस् ।

आवेदन मिति:

कम्पनीको छाप:

रोजगारदाता कम्पनी प्रतिनिधीको दस्तखत

नाम:

पद:

**SME EMPLOYEE BENEFIT PACKAGE
EMPLOYER'S APPLICATION FORM**



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

1. (a) NAME OF COMPANY :

(b) ADDRESS: _____

Tel: _____

Mobile: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Website: _____

2. NATURE OF BUSINESS:

3. EMPLOYEES DETAILS - Kindly fill the Census & Premium Calculation Form(s) attached with FULL details.

(i) Number of Employees: Total: _____

4. PROPOSED EFFECTIVE DATE OF GROUP PLAN:

5. PREFERRED COVERAGE - Tick (✓) the Appropriate Box:

Package:

Package 1 Package 2 Package 3 Package 4

Desired Benefit:

Main benefit: Life, AD&D, PTD, AMR, AWI, IHI (A&S)
 Optional benefit: Critical Illness – 13 Diseases (Only for a group of more than 20 employees)
 Other (Specify, if any).....

6. NAME OF AGENT:

7. CODE OF AGENT:

8. DECLARATION OF COMPANY / EMPLOYER:

I have read, understood, and accepted the Benefits, Terms & Condition of the SME Employee Benefit Package Policy and, on behalf of my company / employer, I hereby certify and accept that -

- (i) Information provided in this Application Form is complete and true to my knowledge;
- (ii) ALL Employees are included in the coverage;
- (iii) Annual Premium shall be paid by the Company / Employer on or before Effective Date of Coverage;
- (iv) ALL Employees to be covered are in Good Health with age 16 to 64 years and Actively at Work on the Day of Coverage Commencement;
- (v) ALL Employees should fill an Enrollment (G-42) Form.
- (vi) Completed Enrollment (G-42) Form, Census & Premium Calculation Form and this Application Form should be submitted to Insurance Company.
- (vii) Acceptance & rejection of coverage and policy issuance is subject to underwriting decision of Insurance Company.

IMPORTANT NOTE: PLEASE COMPLETE THE "CORPORATE CUSTOMER PROFILE FORM" ATTACHED WITH THIS FORM.

Application Date:

Company Seal:

Signature of Company / Employer's Representative

Name:

Designation: