

कम्पनीको प्रयोगको लागि मात्र	
प्रमाण-पत्र नं.	:
सामूहिक बीमालेख नं.	:
बीमालेख प्रारम्भ मिति	:
अण्डरराईटिङ्ग प्रतिक्रियाहरू	:
अण्डरराईटिङ्गको दस्तखत र मिति	:
अन्य प्रतिक्रियाहरू	:



**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

**कर्मचारी नामांकन फारम - सामूहिक बीमा** (यदी आवेदक व्यक्ति कर्मचारी नभए यस फारममा उल्लेखित "कर्मचारी" शब्दहरूलाई "प्रस्तावित बीमित" भनिनेछ ।)

**महत्वपूर्ण सूचना**

बीमा आवेदन/प्रस्तावको शीघ्र अनुमोदनको लागि सबै प्रश्नहरूको उत्तरहरू, मेडिकल/स्वास्थ्य प्रतिवेदनहरू, मितिहरू र दस्तखतहरू उपयुक्त खाली ठाउँहरूमा पूर्ण रूपमा भर्नुहोस् । प्रस्तावित बीमित कर्मचारीको आवेदन/प्रस्ताव उपर शीघ्र कार्यावाही र सम्भार गर्न भाग (ख)मा कम्पनी को अभिलेख/विलिङ्ग/नामांकनपत्र सुची अनुसारको व्यक्तिगत कर्मचारी प्रमाण-पत्र नं. उल्लेख गर्नुहोस् । बीमा योग्यताको चिकित्सकीय प्रमाण माग गर्ने र अण्डरराईटिङ्ग मापदण्ड अनुसार आवेदन/प्रस्तावलाई स्वीकार गर्ने वा अस्वीकार गर्ने अधिकार कम्पनी संग रहनेछ ।

**भाग (क) प्रस्तावित बीमित कर्मचारीले भर्नु पर्ने**

१. कर्मचारीको नाम: प्रथम \_\_\_\_\_ मध्य \_\_\_\_\_ थर \_\_\_\_\_

२. रोजगारदाता/बीमालेखधारकको नाम : \_\_\_\_\_

३. पत्राचार ठेगाना: \_\_\_\_\_

४. जन्म मिति: \_\_\_\_\_ गते \_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_ साल ५. जन्म स्थान: \_\_\_\_\_ ६. राष्ट्रियता \_\_\_\_\_

७. उचाई \_\_\_\_\_ फिट ८. तौल \_\_\_\_\_ कि.ग्रा. ९. लिंग  पुरुष  स्त्री १०. वैवाहिक स्थिति:  विवाहित  अविवाहित

११.  छ  छैन के तपाईं यात्रुवाहक हवाईसेवाको नियमित उडानमा भाडा तिरी उडान गर्ने वाहेक अन्य कुनै रूपमा उडान गर्नुहुन्छ ?

१२.  छ  छैन के तपाईं कुनै खतरनाक खेलहरू जस्ता व्यावसायिक खेलहरू, पर्वतारोहण, डाईभिङ्ग, प्यारासुटिङ्ग, रसिङ्ग, हर्स राइडिङ्ग (घोडाचढी) संग संलग्न हुनु हुन्छ ?

१३.  छ  छैन के तपाईंले विगत पाँच वर्षको अवधिमा आफ्नो कुनै रोग सम्बन्धमा चिकित्सकसँग सम्पर्क गर्नु भएको छ वा हाल कुनै किसिमको स्वास्थ्योपचार गराइरहनु भएको छ वा चिकित्सकीय सल्लाह, उपचार प्राप्त गर्ने विचार गर्नु भएको छ वा कुनै स्वास्थ्य परीक्षण गराउनु भएको छ ?

१४.  छ  छैन के तपाईंको कुनै जीवन बीमा प्रस्ताव/आवेदन अस्वीकृत भएको, स्थगित भएको, वा संशोधित भएको छ वा तपाईंको स्वास्थ्य र शारीरिक स्थितिमा कुनै खराबी/कमी कमजोरी भएको तपाईंलाई थाहा छ ?

१५.  छ  छैन के तपाईंले कहिल्यै मुटु रोग, उच्च रक्तचाप, मधुमेह वा पिशापमा चिनी, मृगौलाको रोग, फोक्सोको रोग, अर्बुद रोग (क्यान्सर), ढाड वा हाडजोर्नीको गडबड, नशा तथा स्नायु सम्बन्धी गडबडी वा पेटसंग सम्बन्धित अंगहरूको गडबडीको उपचार गराउनु भएको छ वा सो भएको भनिएको थियो वा सो सम्बन्धी चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्ने विचार गर्नु भएको छ वा स्वास्थ्य परीक्षण गराउनु भएको छ ?

१६.  छ  छैन महिला भए, के हाल तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ? यदि भए गर्भ कति महिनाको भयो ? .....

१७.  छ  छैन एड्स (AIDS) सम्बन्धी प्रश्न । (स्वीकारसूचक उत्तरहरू भए पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।)

के तपाईंले एड्स वा एड्ससंग सम्बन्धित कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्नु भएको छ ? के तपाईं एड्स वा एड्ससंग सम्बन्धित जटिलता भएको भनिएको छ ? के तपाईंको रक्त परीक्षण गर्दा एच.आई.भी (HIV) सकारात्मक (Positive) पाइएको वा भएको भनिएको थियो ? वा तपाईंलाई बढी थकाई लाग्ने, तौल घट्ने, बराबर पखाला लागि रहने, लिम्फ ग्रन्थि बढेको वा अस्वभाविक चर्मरोग अदि भएको छ ?

१८. यदी माथि उल्लेखित १३ देखि १७ सम्मको कुनै प्रश्नहरूको उत्तर "छ" भए तल पूर्ण विवरणहरू दिनुहोस् । (यदी चिकित्सकीय सम्पर्क कारण जाँच भए, सही कारण, जाँच गरिएको मिति, जाँचको प्रकार उल्लेख गर्नुहोस् र उपलब्ध परिणामहरू संलग्न गर्नुहोस् ।) यदि आवश्यक भएमा छुट्टै कागज प्रयोग गर्नुहोस् र उपचार गर्ने चिकित्सकले दिएको हस्पिटल डिस्चार्ज रिपोर्टहरू र पूर्णरूपमा मेडिकल रिपोर्ट समावेश गर्नुहोस् ।

प्रश्न नं.	स्थितिको विवरण	स्थितिको अवधि	उपचार मिति	पूर्ण स्वस्थ भएको (महिना र साल)	चिकित्सक र अस्पतालको नाम र ठेगाना

१९. इच्छाएको व्यक्तिको नाम र ठेगाना (मृत्यू वापतको लाभमा मात्र) \_\_\_\_\_ लाभ रकमको प्रतिशत \_\_\_\_\_ कर्मचारीसंगको नाता \_\_\_\_\_

यदि माथि लाभ रकमको प्रतिशत उल्लेख नगरेमा इच्छाएको व्यक्तिको बीच उक्त लाभ रकम बराबर अंशमा बाँडिनेछ । म वा मेरो आश्रितहरूद्वारा, इच्छाएको व्यक्तिकोद्वारा वा कुनै तेस्रो पक्षद्वारा सामूहिक बीमालेख अन्तर्गत कुनै दावी सम्बन्धमा सामूहिक बीमालेखधारकको लिखित सहमति विना कुनै पनि कानुनी कार्यवाही गर्न पाइने छैन भन्ने कुरा बुझी सहमति जनाउदछु ।

**भाग (ख) : रोजगारदाता/बीमालेखधारकले भर्नु पर्ने** चिन्ह लगाउनु होस् ।  नयाँ भर्ना  तलवमा परिवर्तन  इच्छाएको व्यक्ति परिवर्तन  वर्ग परिवर्तन

१. कर्मचारीको नाम: प्रथम \_\_\_\_\_ मध्य \_\_\_\_\_ थर \_\_\_\_\_

२. रोजगारदाता/बीमालेखधारकको नाम: \_\_\_\_\_

३. रोजगार शुरू गरेको मिति: \_\_\_\_\_ गते \_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_ साल, ४. सामूहिक बीमालेख नं. \_\_\_\_\_ ५. वर्ग/उपसमुह नं. \_\_\_\_\_

६. कर्मचारीको प्रमाणपत्र नं. (कम्पनीको अभिलेख अनुसार) \_\_\_\_\_ ७. पद \_\_\_\_\_

८. (क) मासिक तलब रु. \_\_\_\_\_ (ख) प्रस्तावित बीमांक रकम रु. \_\_\_\_\_ ९. अनुरोध गरिएको बीमा प्रारम्भ मिति: \_\_\_\_\_

१०.  छ  छैन स्वास्थ्यको दृष्टीकोणबाट कर्मचारी वा उसको कुनै आश्रितहरू बीमा गराउनु नहुने कुनै कारण तपाईंलाई थाहा छ वा कर्मचारी रोग वा चोटपटकको कारण विगत छ महिनाको अवधिमा काममा आउन नसकेको तपाईंलाई थाहा छ ?

यदि उत्तर "छ" भए पूर्ण विवरण र मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।

**भाग (ग) कर्मचारी र रोजगारदाता/बीमालेखधारकको दस्तखतहरू :**

म यो प्रमाणित गर्दछु की यस फारममा उल्लेखित सबै प्रश्नहरूको उत्तरहरू र विवरणहरू मैले जाने बुझिसम्म पूर्ण, सत्य र साँचो छु । मेरो वा कुनै मेरो आश्रितहरूको रोग वा दुर्घटना, स्वास्थ्य उपचार र जाँच, सल्लाह र अस्पताल भर्ना सम्बन्धी अभिलेखहरूको प्रतिलिपी लगायत पूर्ण सुचनाहरू कुनै पनि चिकित्सक, अस्पताल, क्लिनिक, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै संस्था वा व्यक्तिसंग भएमा अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लाई उपलब्ध गराई दिनको लागि मैले अधिकार प्रदान गरेको छु । यस अधिकार पत्रको फोटोकपी सक्रल सरह मान्य हुनेछ ।

(G-42)

मिति \_\_\_\_\_ बीमालेखधारकको दस्तखत र छाप \_\_\_\_\_ कर्मचारीको दस्तखत \_\_\_\_\_

**\*\* मिति र दस्तखत सहित पूर्ण रूपमा भरिएको फारम मात्र मान्य हुनेछ ।\*\***

**For Company's use only:**

Certificate No.	:	_____
Group No.	:	_____
Ind. Eff.Date	:	_____
Any u/w Comments	:	_____
Date & u/w's initial	:	_____
Other Comments	:	_____



**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

**Employee Enrollment Form - Group Insurance** (The words "Employee" in this form shall be replaced by "Proposed Insured" in case of applicant is other than employee.)

**IMPORTANT NOTICE**

To expedite the approval of applied for insurance coverage, do not leave any blanks, unanswered questions, medical reports, dates and/or signatures, wherever applicable. To expedite processing any maintenance request on insured Employees, indicate under Part B, the individual Employee's Cert. No per Company's records/ billings/enrollment lists. Company reserves the right to request medical evidence of insurability and to accept or reject any application as per its underwriting standards.

**Part A - To be Completed by Employee if requesting Insurance on self:**

1. Employee's Name : First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_

2. Employer's / Policyholder's Name \_\_\_\_\_

3. Mailing Address : (P.O.Box / City/ Postal Code / Country) \_\_\_\_\_

4. Date of Birth : \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ 5. Place of Birth \_\_\_\_\_ 6. Nationality \_\_\_\_\_

7. Height \_\_\_\_\_ ft. 8. Weight \_\_\_\_\_ kg. 9. Sex :  Male  Female 10. Marital Status:  Single  Married

11.  Yes  No Do you fly other than as a passenger on an aircraft in regularly scheduled common carrier for passenger service ?

12.  Yes  No Are you involved in any dangerous sports such as professional sports, mountaineering, diving, parachuting, racing, horse riding?

13.  Yes  No Have you consulted a physician for any illness during the past five years or is currently under any form of medical treatment or intend to seek medical advice, treatment or have any medical test performed ?

14.  Yes  No Has any application for insurance on your life been declined, postponed, or modified, or do you know of any impairment in your health or physical condition?

15.  Yes  No Have you ever been treated for or told you had or intend to seek medical advice, treatment or medical test performed for heart disease, high blood pressure, diabetes, or sugar in your urine, kidney disease, lung disease, cancer, disorder of the back or joints, nervous disorder or disorder of the stomach or abdominal organs ?

16.  Yes  No If female, are you pregnant? (if yes, state duration..... )

17.  Yes  No Have you received medical advice, or treatment, in connection with AIDS or an AIDS related condition or sexually transmitted disease? Have you been told you had AIDS or AIDS complex? Have you had or been told you had a positive blood test for antibodies to the AIDS virus? or Do you have any of the following which are unexplained: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?

18. If answer is "yes" to any of the above questions 13 to 17, please give full particulars below (If reason for consultation is check-up, please indicate exact reason, date performed, type of exam performed and attach any available results). Use separate sheet if necessary and attach copies of hospital discharge reports and upto date medical report from treating physician.

Question No.	Details of Condition	Duration of Condition	Date of Treatment	Complete Recovery (Month & Year)	Name & Address of Physician, Hospital

19. Beneficiary Name & Address (for death benefits only) \_\_\_\_\_ Percentage of Proceed \_\_\_\_\_ Relationship to Employee \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If nothing specified under Percentage of Proceeds above then equal split between/among Beneficiaries. I hereby understand and agree that no action at law can be brought by me or by my dependents, beneficiaries or by any third party in respect to any claim under the Group Policy except with the written consent of the Group Policyholder.

**Part B - To be completed by Employer/ Policyholder:** Check Box:  New Enrollee  Salary Change  Beneficiary Change  Class Change

1. Employee's Name : First: \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

2. Employer's / Policyholder's Name : \_\_\_\_\_

3. Employment Date : \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ 4. Group Policy No. \_\_\_\_\_ 5. Class/Subgroup No. \_\_\_\_\_

6. Employee's Cert. No. (per Company's record) \_\_\_\_\_ 7. Designation \_\_\_\_\_

8. (a) Monthly Salary Rs. \_\_\_\_\_ (b) Coverage Requested Rs. \_\_\_\_\_ 9. Requested Date of Coverages: \_\_\_\_\_

10.  Yes  No From a health standpoint, do you know of any reason why the employee or any of his dependents should not be insured or has the employee been absent from work because of sickness or injury during the past six months ?

If answer is "Yes", please give full details and dates: \_\_\_\_\_

**Part C - Employee's and Employer's / Policyholder's Signatures:**

I hereby certify that all statements and all answers to questions appearing on this form are complete and true to my knowledge. I hereby authorize any doctor, hospital, clinic or medical provider, an insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and /or any of my dependents to provide American Life Insurance Company with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be valid as the original copy.

(G-42)

Date \_\_\_\_\_ Policyholder's Signature & Stamp \_\_\_\_\_ Employee's Signature \_\_\_\_\_

**\*\*FORM MUST BE COMPLETED, DATED & SIGNED TO BE VALID\*\***