



अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी
संयुक्त राज्य अमेरिकामा संस्थापित, नेपाल दर्ता नं ६/०६२/०६३)
नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, पो. ब. नं. ११५९०, काठमाडौं, नेपाल
फोन नं. +९७७-१ ५५५५१६६, फ्याक्स नं. +९७७-१ ५५५५१७३

घातक बिमारी/ असक्तता

क्षतिको प्रमाण

(दुर्घटना / बिरामी दावी फारम)

अस्वस्थता दावी
दुर्घटना दावी
अशक्तता दावी

बीमालेख नं.

दावीकर्ताले भर्नुपर्ने

बीमालेख मालिकको नाम ठेगाना

बिरामीको नाम बीमितसँगको नाता

बीमितको जन्ममिति टेलिफोन / मोबाईल #

बैंक खाता नं. बैंकको नाम

अशक्तता/रोग लाग्नुभन्दा पहिलेको व्यवसाय तथा काम

औसत साप्ताहिक आय

भाग क: अस्वस्थता दावीको लागि मात्र

रोगको प्रकृति शुरुमा देखिएको लक्षण

के बिरामी पहिले कहिल्यै यो रोगबाट पीडित हुनुहुन्थ्यो? (यदि हुनुहुन्थ्यो भने विवरण दिनुहोस्)

सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम सल्लाह लिइएको मिति

अस्पतालको नाम

भर्ना मिति डिस्चार्ज मिति

भाग ख : दुर्घटना/अशक्तता दावीको लागि मात्र

दुर्घटनाको प्रकृति दुर्घटनाको मिति तथा समय

कहाँ र कसरी दुर्घटना भएको हो?

दुर्घटनाको कारण तपाईंलाई कस्तो शारीरिक घाउचोट लागेको थियो?

कुन मिति देखि तपाईंले आफ्नो सम्पूर्ण पेशागत कार्य गर्न बन्द गर्नुभयो?

के तपाईंले अशक्त भएपछि कुनै काम गर्नुभएको छ? (यदि गर्नुभएको छ भने खुलाउनुहोस्)

तपाईं कहिलेदेखि काममा फर्कने अपेक्षा गर्नुहुन्छ?

अस्पतालमा बसेको (.....देखिसम्म) घरमा बसेको (.....देखिसम्म)

तपाईं कति समय सम्म अशक्त हुनुभयो? पुर्णरूपमा:-.....(हप्ता)(दिन) आंशिक रूपमा:-.....(हप्ता)(दिन)

सल्लाह लिइएको चिकित्सकको नाम सल्लाह लिइएको मिति

तपाईंको हालको अवस्थाको पूर्ण विवरण दिनुहोस्

नोट: यो खाली फारम, यस अन्तर्गतको दावी सम्बन्धमा कम्पनीलाई भएको प्रतिरक्षाको अधिकार छूट नहुने गरी र कुनै दुराग्रह बिना बीमितलाई उपलब्ध गराइएको छ। तलको हस्ताक्षर कर्ताले उल्लेखित बीमाको दावी गर्छ तथा लिखित बयान एवं बीमितको उपचार गरेका वा बीमितलाई हेरेका सबै चिकित्सकहरूले दिएको बयानपत्र (affidavits) तथा यहाँ उल्लेखित निर्देशन अनुसार मागिएका अन्य सबै कागजातहरू(दुर्घटना/अस्वस्थता)बाट क्षतिको प्रमाण बन्दछ र ती सबै क्षतिको प्रमाणका अंग हुन।

अधिकार पत्र (AUTHORIZATION)

म प्रमाणित गर्दछु कि यस आवेदनका सबै बयानहरू मैले जाने बुझे सम्म पुर्ण र सत्य हुन र म वा मेरा परिवारका सदस्यहरूको बारेमा तथ्याङ्क वा जानकारी भएको सबै चिकित्सकहरू, अस्पतालहरू, क्लिनिकहरू, फार्मासिष्टहरू, लेबोरेटरीहरू, रोजगारदाताहरू र कुनै पनि संस्था वा व्यक्ति जो संग मेरो वा मेरो परिवारको कुनैपनि बीमित सदस्यहरूको बारेमा कुनैपनि र सबै स्वास्थ्य, स्वास्थ्य सम्बन्धि पूर्व विवरण, चिकित्सकीय सल्लाह, जाँच, रोगको उपचार वा बिरामी सम्बन्धी तथ्याङ्कको नक्कल अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु। यस अधिकार पत्रको कुनै पनि प्रतिनिधिलाई सक्कल सरह मानिने छ।

१. मलाई थाहा छ की वैयक्तिक गोपनीयता सम्बन्धी ऐन, २०७५ अन्तर्गत अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी, नेपाल (मेटलाइफ)लाई बीमा दावीको सिलसिलामा मेरो वैयक्तिक सूचना, तथ्यांक र संवेदनशील सूचनाहरूका साथै मेरो व्यक्तिगत परिचयपत्र, स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणहरू (यस पछि वैयक्तिक सूचना भनिएको संकलन, भण्डारण, संरक्षण, विश्लेषण र प्रशोधन गर्न अधिकार रहेको छ। २. म मेरो वैयक्तिक सूचना देश भित्र वा बाहिरिडिजिटल तरिकाबाट सुरक्षित सभरमा/क्लाउडबेसमा सुरक्षित राख्न र आवश्यकता अनुसार अन्तर सीमा डाटा स्थानान्तरण गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु। मेटलाइफले दावी फर्माइत तथा दावी छानविन लगायत व्यवसायिक सिलसिलामा वैयक्तिक सूचना खुलासा गरेमा वा अरु कसैलाई दिएमा पनि मेरो मन्जुरी रहेको छ। ३. मलाई गोपनीयता नीति सम्बन्धी कुनै थप जानकारी आवश्यक परेमा मेटलाइफ नेपाल तथा यसका शाखा कार्यालयहरूमा सम्पर्क गर्नेछु।

दावीकर्ताको नाम हस्ताक्षर मिति

साक्षीको नाम हस्ताक्षर मिति



American Life Insurance Company
 (Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)
 Narayani Complex, Pulchowk
 P.O. Box 11590, Kathmandu, Nepal
 Tel: +977-1-5555166. Fax: +977-1-5555173

Proof of Loss
(Accident/ Sickness Claim Form)

POLICY NO(s).....

SICKNESS CLAIM
 INITIAL ACCIDENT
 INITIAL DISABILITY

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY CLAIMANT

Policy Owner's Name Address
 Name of Patient Relation to the Insured
 Date of Birth of the Insured Telephone / Mobile #
 Bank Account Number Bank Name
 Occupation & Duties prior to Disability / Sickness
 Average earnings / income per week

PART A : TO BE COMPLETED FOR SICKNESS CLAIM ONLY

Nature of Ailment Symptoms First Appeared
 Has patient ever suffered previously from this ailment? (If "Yes" explain)
 Doctors consulted Date consulted
 Hospital Name
 Date of Admission Date of Discharge

PART B : TO BE COMPLETED FOR INITIAL ACCIDENT/DISABILITY CLAIM ONLY

Nature of Accident Date & Time of Accident
 Where and how did the Accident Occur?
 What bodily injuries did you sustain caused by the accident?
 On what date did you stop performing all your occupational duties?
 Have you done any work since commencement of disability? ... (If "Yes" explain)
 When do you expect to return to work
 Hospital confined (fromto.....) House confined (from to)
 How long were you disabled? Totally (Weeks) (Days) Partially(Weeks)(Days)
 Doctors consulted Date consulted
 Describe fully your present condition

Note: This blank is furnished to the Insured without prejudice to or waiver of any right of defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder. The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits of all physicians who attended or treated the Insured and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and are hereby made a part of this Proof and Loss (Accident / Sickness Claim).

AUTHORIZATION

I hereby certify that the foregoing statements are full and true to the best of my knowledge and hereby authorize all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my insured family members to provide American Life Insurance Company any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospital or medical records. Any copy of this authorization shall be taken as original.

1)I understand that under the Individual Privacy Act 2018, American Life Insurance Company, Nepal (MetLife) is authorized to collect, store, protect, analyze and process my Personal Information, Data and Sensitive Information including information concerning my personal ID, history related with health, (collectively Personal Information) while processing insurance claim. 2) I give consent to store my Personal Information digitally in a secured server/cloud base and to any necessary cross border data transfers. I also give consent to disclose said information to any others within or outside Nepal in the course of claims settlement and investigations 3. If I have any questions concerning Privacy Policy, I will contact MetLife offices in Nepal.

Name Claimant's Signature Date
 Witness (Name) Signature Date