

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

आश्रित नामांकन फारम - सामूहिक बीमा

यदि आश्रितहरूको बीमाका लागि निवेदन गर्नु परेमा कर्मचारीले भर्नुपर्ने : यदी आवेदक व्यक्ति कर्मचारी नभए यस फारममा उल्लेखित "कर्मचारी" शब्दहरूलाई "प्रस्तावित बीमित" भनिनेछ ।

जरुरी सूचना

बीमा आवेदन/प्रस्तावको शीघ्र अनुमोदनको लागि सबै प्रश्नहरूको उत्तरहरू, मेडिकल/स्वास्थ्य प्रतिवेदनहरू, मितिहरू र दस्तखतहरू उपयुक्त खाली ठाँउहरूमा पूर्ण रूपमा भर्नुहोस् । बीमा योग्यताको चिकित्सकीय प्रमाण माग गर्ने र अण्डरराईटिङ्ग मापदण्ड अनुसार आवेदन/प्रस्तावलाई स्वीकार गर्ने वा अस्वीकार गर्ने अधिकार अमेरिकन लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी संग रहनेछ ।

१. कर्मचारीको नाम: प्रथम : मध्य : थर : प्रमाण-पत्र नं:

२. रोजगारदाता/बीमालेखधारकको नाम:

३. तपाईंको योग्य आश्रितहरू को हुन् ? (यदि धेरै ठाँउ आवश्यक भए थप फारम भर्नु होस् ।)

प्रथम नाम	थर	कर्मचारी संगको नाता	जन्म मिति (गते/महिना/साल)	उचाई (फिटमा)	तौल (कि.ग्रा.मा)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

४. यदि कुनै पनि आश्रित तपाईं काम गर्ने देश बाहिर वर्षमा छ महिना भन्दा बढी बस्छ भने उसको नाम र ठेगाना दिनुहोस्

५. माथि उल्लेखित तपाईंको आश्रितहरू

छ छैन

(क) द्वारा 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 ?

छ छैन

(ख) को कुनै जीवन बीमा प्रस्ताव /आवेदन अस्वीकृत भएको, स्थगित भएको, वा संशोधित भएको छ वा उनीहरूको स्वास्थ्य र शारीरिक स्थितिमा कुनै खराबी/कमी कमजोरी भएको तपाईंलाई थाहा छ ?

छ छैन

(ग) द्वारा 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 उनीहरूलाई भएको भनिएको थियो वा सो सम्बन्धी चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्ने विचार गर्नु भएको छ वा स्वास्थ्य परीक्षण गराउनु भएको छ ?

छ छैन

६. विवाहित पुरुष कर्मचारीले मात्र उत्तर दिनुपर्ने । के तपाईंको श्रीमती गर्भवती हुनुहुन्छ ? (यदि भए गर्भ अवधि उल्लेख गर्नु होस्.....)

७. एड्स (AIDS) सम्बन्धी प्रश्न- (स्वीकारसुचक उत्तरहरू भए पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।)

छ छैन

माथि उल्लेखित आश्रितहरू मध्ये कुनै आश्रितहरूले एड्स वा एड्ससंग सम्बन्धित कुनै अवस्था वा यौनजन्य रोगको लागि चिकित्सकीय सल्लाह, परामर्श वा उपचार प्राप्त गर्नु भएको छ ? माथि उल्लेखित आश्रितहरू मध्ये कुनै आश्रितहरूलाई एड्स वा एड्ससंग सम्बन्धित जटिलता भएको भनिएको छ ? माथि उल्लेखित आश्रितहरू मध्ये कुनै आश्रितहरूलाई रक्त परीक्षण गर्दा एच. आई. बी. (HIV) सकारात्मक (Positive) पाइएको वा भएको भनिएको थियो? वा माथि उल्लेखित आश्रितहरू मध्ये कुनै आश्रितहरूलाई बढी थकाइ लाग्ने, तौल घट्ने, बराबर पखाला लागिरहने, लिम्फ ग्रन्थि बढेको वा अस्वभाविक चर्मरोग आदि भएको छ ?

८. यदि माथि उल्लेखित ५ देखि ७ सम्मको कुनै प्रश्नहरूको उत्तर "छ" भए तल पूर्ण विवरणहरू दिनुहोस् । (यदि चिकित्सकीय सम्पर्कको 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 पूर्ण रूपमा मेडिकल रिपोर्ट समावेश गर्नुहोस् ।

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

कर्मचारी र रोजगारदाता/बीमालेखधारकको दस्तखतहरू :

म यो प्रमाणित गर्दछु की यस फारममा उल्लेखित सबै प्रश्नहरूको उत्तरहरू र विवरणहरू मैले जाने बुझेसम्म 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 सूचनाहरू कुनै पनि चिकित्सक, अस्पताल, क्लिनिक, स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, बीमा कम्पनी वा अन्य कुनै संस्था वा व्यक्तिसंग भएमा अमेरिकन लाइफ इन्स्युरेन्स कम्पनी लाई उपलब्ध गराई दिनको लागि मैले अधिकार प्रदान गरेको छु । यस अधिकार पत्रको फोटोकपी सकल सरह मान्य हुनेछ ।

मिति

बीमालेखधारकको दस्तखत र छाप

कर्मचारीको दस्तखत

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

For Office use only:	
Certificate No. :	_____
Group No. :	_____
Ind. Eff Date:	_____
Any u/w Comments:	_____
Date & u/w initial:	_____
Other Comment:	_____



Dependent Enrollment Form – Group Insurance

(To be completed by Employee if requesting insurance for dependents – 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. American Life Insurance Company reserves the right to request medical evidence of insurability and to accept or reject any application as per its underwriting standards.

1. Employee's Name : First :Middle :Last Name:Certificate No:

2. Employer's / Policyholder's Name:

3. Who are your eligible dependents? (If more space needed, complete additional form)

First Name	Last Name	Relation to Employee	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Height (Ft)	Weight (Kg)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. Name and address of any dependent if living outside your country of work residence for more than six months in a year?

5. Have any of your dependents named above :

- Yes No a) 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?
- Yes No b) has any application for insurance on their life been declined, postponed, or modified, or do you know of any impairment in their health or physical condition?
- Yes No c) been treated for or told they had or intent is seek medical advice, treatment or medical test performed for heart disease, high blood pressure diabetes, or sugar in their urine, kidney disease, lung disease, cancer, disorder of the back or joints, nervous disorder or disorder of the stomach or abdominal organs?

6. Yes No To be answered by married male employees only. Is your spouse pregnant? (If yes state duration.....)

7 AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) Question-Describe in detail any affirmative answers:

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

8. If answer is “Yes” to any of above questions 5 to 7, 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 the most up to date medical report from treating physician.

Name of Dependent	Question No.	Details of Condition	Duration of Condition	Date of Treatment	Completed Month	Recovery Year	Name & Address of Physician or Hospital
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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.

_____ Date _____ Policyholder's Signature & Stamp _____ Employee's Signature