

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी  
नारायणी कम्प्लेक्स, पुलचोक, ललितपुर  
पो ब न ११५९०, काठमाण्डौ, नेपाल

फोटो

विषय : बीमा अभिकर्ताको लागि आवेदन

महोदय,

म, बीमा ऐन २०४९ अनुसार यस कम्पनी मार्फत जीवन बीमा अभिकर्ताको रूपमा कार्य गर्न चाहेकोले, निम्नानुसार कागजात संलग्न गरी यो आवेदन पेश गरेको छु।

- नोटरी प्रमाणित प्रतिलिपि - नेपाली नागरिकता, शैक्षिक मार्कसिट (एस.इ.इ/कक्षा दश वा माथि), चारीत्रिक प्रमाणपत्र (शैक्षिक मार्कसिटको समानस्तर) र अभिकर्ता अभिमूर्खीकरण तालिमको प्रमाणपत्र
- हालसालै खिचिएको ४ थान पासपोर्ट साईजको फोटो
- बैंक खाता र स्थायी लेखा नम्बर (प्यान) को विवरण खुल्ने कागजपत्रको प्रतिलिपि
- इजाजत पत्र आवेदन शुल्क रु ५००/ जम्मा गरिएको रसिद ना \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_
- मेरो व्यक्तिगत विवरण, बैंक खाता, स्थायी लेखा नम्बर, योग्यताको घोषणा, कुनै नोक्सान र नोक्सानीको बिरुद्ध घोषणा, र गोपनीयता मन्जुरी समावेश सहित एक विधिवत भरेको फारमा

भवदीय,

दस्तखत:

नाम: \_\_\_\_\_ मिति : \_\_\_\_\_

**क. व्यक्तिगत विवरण**

एजेन्सी प्रबन्धक/युनिट प्रबन्धक अर्न्तगत (एप्लाइ कोड): \_\_\_\_\_

नाम \_\_\_\_\_ श्रीमान्/श्रीमतीको नाम \_\_\_\_\_

जन्म मिति \_\_\_\_\_ उमेर \_\_\_\_\_ लिङ्ग \_\_\_\_\_ राष्ट्रियता \_\_\_\_\_

स्थायी ठेगाना

घर नं: \_\_\_\_\_ वार्ड: \_\_\_\_\_ टोल: \_\_\_\_\_ मा. न. पा: /गा वि स: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

हालको ठेगाना (यदि स्थायी ठेगाना बाहेक अन्य भएमा)

घर नं: \_\_\_\_\_ वार्ड: \_\_\_\_\_ टोल: \_\_\_\_\_ मा. न. पा: /गा वि स: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

मोबाइल नम्बर: \_\_\_\_\_ वैकल्पिक नम्बर: \_\_\_\_\_ ईमेल: \_\_\_\_\_

**आपातकालिन सम्पर्क (माथि उल्लेखित मोबाइल वा वैकल्पिक नम्बरमा सम्पर्क नभएको खण्डमा निम्न विवरणमा प्रयत्न गरिनेछ)**

नाम	नाता	मोबाइल नम्बर

 तपाईंको उच्च शिक्षा योग्यता अनुसार( चिन्ह लगाउनुहोस् ): एस.इ.इ(१०)  उच्च माध्यमिक(१२)  स्नातक  स्नातकोत्तर वा माथि 

 पेशा: \_\_\_\_\_ (चिन्ह लगाउनुहोस्) कार्यलयको समय? पुरा समय  आंशिक समय 

कार्यलयको नाम: \_\_\_\_\_ ठेगाना : \_\_\_\_\_

 के तपाईंको कार्यलयले तपाईंलाई बीमा अभिकर्ताको कार्य गर्न निषेध गरेको छ। छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।

 के तपाईं बिगतमा कुनै अन्य बीमा कम्पनीसँग आवद्ध रहनुभएको छ? छ  छैन  यदि छ भने, उक्त बीमा कम्पनीसँग सम्बंधित २ जना व्यक्तिको विवरण तल उल्लेख गर्नुहोस्। (कम्पनीबाट आवश्यक भएको खण्डमा उक्त व्यक्तिहरूलाई सम्पर्क गरिनेछ।)

क.स.	नाम	बीमा कम्पनी	मोबाइल नम्बर

 के तपाईं हालमा कुनै अन्य बीमा कम्पनीसँग आवद्ध हुदै आउनु भएको छ? छ  छैन  यदि छ भने, उक्त बीमा कम्पनीसँग सम्बंधित २ जना व्यक्तिको विवरण तल उल्लेख गर्नुहोस्। (कम्पनीबाट आवश्यक भएको खण्डमा उक्त व्यक्तिहरूलाई सम्पर्क गरिनेछ।)

क.स.	नाम	बीमा कम्पनी	मोबाइल नम्बर

 के तपाईं वा तपाईंको घरपरिवारको सदस्य बिगत वा हालमा सरकारी सेवा वा राजनितिक दलसँग आवद्ध रहनुभएको छ? छ  छैन  यदि छ भने, उल्लेख गर्नुहोस्।

क.स.	नाम	नाता	तह/दर्जा	सरकारी सेवा वा राजनितिक दलको नाम

 के तपाईंको घरपरिवारको सदस्य यस कम्पनीमा कर्मचारी वा बाह्यश्रोत बाट कार्यरत हुनुहुन्छ? छ  छैन 

यदि, छ भने उल्लेख गर्नुहोस्। नाम \_\_\_\_\_ तह/दर्जा: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_

**कमिशन जम्मा र स्थायी लेखा नम्बर(PAN) विवरण**

मेरो कमिशन निम्न खातामा जम्मा गर्नुहुन अनुरोध गर्दछु। बैंकको नाम \_\_\_\_\_

खाता नम्बर \_\_\_\_\_ शाखा \_\_\_\_\_

कमिसन आर्जन पश्चात कर कटौती मेरो स्थायी लेखा नम्बर मार्फत (TDS) जम्मा गर्नुहुन अनुरोध गर्दछु। (PAN) \_\_\_\_\_

माथि उल्लेखित बैंक खाता र स्थायी लेखा नम्बरमा कमिशन तथा आयकर जम्मा भए पश्चात मेटलाइफ यस दायित्वबाट स्वतन्त्र हुनेछ।

**बीमा एजेन्ट बन्नको लागि योग्यताको लागि बीमा ऐन, २०४९ को घोषणापत्र**

- के तपाईंलाई कहिल्यै दमाशाही घोषित गरिएको थियो ? तपाईंले लेनदारहरूसँग केहि सम्झौता गर्नुभएको छ ? तपाईंको विरुद्धमा भएको निर्णय पूरा गर्न असमर्थ हुनुभएको छ ? छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।
- के तपाईंलाई कहिल्यै अपराधको निमित्त प्रकाउ गरिएको वा दोषी ठहराइएको छ? छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।
- के तपाईंलाई कहिल्यै मानसिक रोग लागेको छ ? छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।
- के तपाईंले कहिल्यै बीमा व्यवसाय सम्बन्धी कामको क्रममा बीमक वा बीमितलाई नोक्सानी पुऱ्याउँनु भएको छ? ? छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।
- के तपाईंलाई कुनै पनि बीमा कम्पनीले औपचारिक भूमिकाबाट बर्खास्त गरेको छ? छ  छैन  यदि छ भने, कृपया छुट्टै पानामा पूर्ण विवरण लेख्नुहोस्।

मैले बीमा ऐन २०४९ (अनुच्छेद ३२) बमोजिम आफूलाई बीमा एजेन्टको रूपमा काम गर्ने योग्य पाएको छु। देशको प्रचलित कानून बमोजिम कुनै आरोप लगाईएको छैन। म एजेन्ट लाइसेन्स दिइसके पछि बीमा वा बीमा पॉलिसी धारकलाई नोक्सान गर्ने छैन।

**गोपनीयता सहमति**

मलाई थाहा छ की वैयक्तिक गोपनीयता सम्बन्धी ऐन, २०७५ अन्तर्गत अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी, नेपाल (मेटलाइफ)लाई बीमा व्यवसायको सिलसिलामा मेरो वित्तीय र/वा व्यवसायिक र/वा व्यक्तिगत हैसियत, मेरो वैयक्तिक सूचना, तथ्यांक र संवेदनशील सूचनाहरूका साथै मेरो व्यक्तिगत पहिचानपत्र, स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणहरू (यस पछि वैयक्तिक सूचना भनिएको) संकलन, भण्डारण, संरक्षण, विश्लेषण र प्रशोधन गर्न अधिकार रहेको छ। साथै मलाई यो पनि थाहा छ की त्यसरी संकलित वैयक्तिक सूचनाको संरक्षण गर्न र गोपनीयता कायम राख्न उपयुक्त सुरक्षित उपाय अपनाउन मेटलाइफ कटिबद्ध छ। आवश्यक परेमा मेरो वैयक्तिक सूचना मबाट वा कुनै देश वा विदेश, सार्वजनिक वा व्यक्तिगत कुनै पनि श्रोतबाट प्राप्त गर्नको लागि मेटलाइफलाई यसै मन्जुरीको लिखतबाट अधिकार प्रदान गर्दछु। कुनै कानूनी, नियमनकारी, सरकारी, कर, कानून कार्यान्वयन गर्ने वा अन्य अधिकारी वा स्वनियमनकारी वा वित्तीय सेवा प्रदायक उद्योग वा संघसंगठनसंगको वित्तीय, व्यवसायिक, व्यापारिक वा अन्य आकांक्षा वा क्रियाकलाप वा कानूनी, नियमनकारी, सरकारी, कर, कानून कार्यान्वयन गर्ने वा अन्य अधिकारी वा नेपाल भित्र वा बाहिर जंहा रहेको भए पनि स्वनियमनमा रहने औद्योगिक संघ संगठन र तिनिहरूका मुख्य वा सहायक वा संबद्ध कम्पनीहरूसँग सम्बन्धित क्षेत्राधिकारको विषयमा मेटलाइफलाई लागेको वा मेटलाइफलाई आइपर्ने वर्तमान वा भविष्यका करारीय वा अन्य दायित्वको सिलसिलामा मेटलाइफद्वारा संकलित मेरो व्यक्तिगत सूचना मेटलाइफले प्रयोग गर्न सक्ने कुराको वारेमा मलाई थाहा छ र यसको सम्पुष्टी गर्दछु। म मेरो व्यक्तिगत सूचना देश भित्र वा बाहिर डिजिटल तरिकाबाट सुरक्षित सर्भरमा/क्लाउडवेसमा वा भौतिक रूपमा सुरक्षित राख्न र आवश्यकता अनुसार अन्तर सीमा डाटा स्थानान्तरण गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु। मेटलाइफले व्यवसायको सिलसिलामा वा त्यसको विकास र विस्तार गर्नका लागि मेरो व्यक्तिगत सूचना खुलासा गरेमा वा अरु कसैलाई दिएमा पनि मेरो सहमति मन्जुरी रहेको छ। मेटलाइफको जुनसुकै प्रकारका विज्ञापन सामाग्री मैले मेटलाइफलाई उपलब्ध गराएको विद्युतीय ठेगाना र/वा मोबाइलमा सम्प्रेषण गरेमा मेरो मन्जुरी छ। यदि मलाई गोपनीयता नीति सम्बन्धी कुनै थप जानकारी आवश्यक परेमा म नेपालमा भएका मेटलाइफ कार्यालयहरूमा सम्पर्क गर्नेछु अथवा मेटलाइफको वेबसाइट [www.metlife.com.np](http://www.metlife.com.np) हेर्नेछु।

साक्षीको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

एजेन्सी प्रबन्धक/युनिट प्रबन्धकको नाम \_\_\_\_\_

मिति \_\_\_\_\_

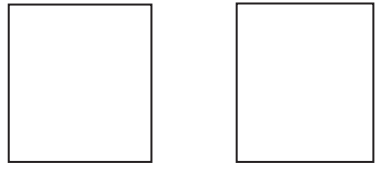
Control No: Agent form Nepali/1.0/092021

आवेदकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

बीमा अभिकर्ता इजाजतपत्र आवेदकको नाम \_\_\_\_\_

मिति \_\_\_\_\_

औटा छाप दायीं/वायां



अनुसूची ७

(नियम १९ सँग सम्बन्धित)

बीमा अभिकर्ताको ईजाजतपत्रको लागि निवेदन

फोटो

श्री अध्यक्ष,  
बीमा समिति ।

बीमा एन, २०४९ को दफा ३० को उपदफा (१) बमाजिम बीमा अभिकर्ता भई काम गर्ने ईजाजतपत्रको लागि तालिम पुरा गरेको पमाण-पत्र तथा सम्बन्धित बिमकको सिफारिस सहित दहायका विवरणहरु खुलाई निवेदन गरको छु ।

- १ . पेशा :-
२. बिमा अभिकर्ता भई काम गनको लागि सिफारिश गर्ने बिमकको नाम:-
३. पहिला कुनै बिमकले नियक्ति गरको भए सो बिमकको नाम:-
४. पहिला बिमा अभिकर्ता भई काम गरको भए त्यसको विवरण:-
५. अन्य कराहरु:-

निवेदकको,

सहि: .....

नाम: .....

ठेगाना: .....

मिति: .....