

**अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी**

(सन् १९२१ मा संयुक्त राज्य अमेरिकामा लिमिटेड कम्पनीको रूपमा स्थापित  
 भई बीमा ऐन, २०४९ अनुसार नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न इजाजत प्राप्त)  
 नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक  
 कम्पनी दर्ता नं. ६/०६२/०६३, पो.ब.नं. ११५९०, काठमाण्डौं  
 फोन नं. ९७७-१-५५५५१६६, फ्याक्स: ९७७-१-५५५५१७३



आवेदन र स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र →  पुनर्जागरण  थप बीमाशुल्क हटाउने/घटाउने  प्रक लाभ थप्ने  
 परिवर्तन गर्नको लागि  बीमा योजनामा  बीमांक

बीमालेख नं. : \_\_\_\_\_  
 बीमितको नाम : \_\_\_\_\_  
 बीमालेख मालिकको नाम : \_\_\_\_\_

बीमालेख मालिक संगको नाता	उचाई	तौल	रोजगार दाताको नाम	व्यवसायको प्रकृति	दैनिक कार्य	हाल बसोबासको ठेगाना
बीमित						
बीमालेख मालिक						

घोषणाहरू : (कृपया तलको प्रत्येक कोठामा चिन्ह (√) लगाउनुहोस् ।)  
 \*यदि घोषणाको कुनै भाग निश्चित गर्न सकिएन भने घोषणाको अपवाद भनी दिएको खाली ठाँउमा विवरण दिनुहोस् ।\*  
 तल सहिछाप गर्ने म \_\_\_\_\_ घोषणा गर्दछु कि उल्लेखित बीमालेखको लागि आवेदन सहिछाप गरेको मिति देखि म र यस बीमालेख अन्तर्गत रक्षावरण गरिएका सबै बीमितहरू :  
 १.  विगत बाह्र महिनाको मासिक आम्दानी .....  
 २.  मेरो/हाम्रो बसोबासको ठेगाना, व्यवसायको प्रकृति, आर्थिक अवस्था, पेशा वा शोखहरूमा कुनै परिवर्तन भएको छैन ।  
 ३.  म/हामीले नयाँ बीमा, बीमा योजना परिवर्तन वा पुनर्जागरणको आवेदन गरेका छैन/छैनौं जुन अस्वीकार भएको, वा स्थगित भएको, फिर्ता भएको वा कुनै किसिमले बीमांक वा बीमाशुल्क दरमा परिवर्तन गरिएको थियो । नाम \_\_\_\_\_ गन्तव्य \_\_\_\_\_ उद्देश्य \_\_\_\_\_ अवधि \_\_\_\_\_  
 ४.  म/हामीले आगामी १२ महिना भित्र यात्रा गर्ने विचार गरेको छैन/छैनौं । \_\_\_\_\_  
 यदि होइन भने यहाँ विवरण दिनुहोस् । \_\_\_\_\_  
 ५.  क) म/हामीले भाडा तिनै यात्रुको रूपमा, व्यावसायिक वायुसेवा द्वारा उडान तालिका अनुसार स्थापित रुटमा संचालित वायुयानमा बाहेक अन्य कुनै किसिमको उडान गर्ने विचार गरेको छैन/छैनौं ।  
 ख) म/हामीले कुनै खतरनाक खेलकुद वा अन्य कृयाकलाप जस्तै डाइभिङ, पर्वतारोहण आदिमा भाग लिदिन/लिदैनौं र सोमा भाग लिने योजना बनाएको छैन/छैनौं ।  
 ६.  म/हामी राम्रो स्वास्थ्य स्थितिमा छु/छौं र कुनै किसिमको चिकित्सकीय सल्लाह वा चिकित्सकीय जाँच गराउने विचार गरेको छैन/छैनौं ।  
 ७.  म/हामीलाई कुनै किसिमको विरामी वा दुर्घटना भएको छैन र कुनै चिकित्सकीय सल्लाह लिएको वा HIV वा AIDS लगाएत कुनै किसिमको परिक्षण भएको छैन/छैनौं ।  
 ८.  परिवारमा कुनै मृत्यु भएको छैन (आमाबुवा, दाजुभाई, दिदीबहिनी) ।  
 ९.  म महिला हुँ : म गर्भवती छैन । \_\_\_\_\_  
 \*घोषणाको अपवादहरू\*

नं.	विवरण

बीमितको जीवनमा चालु रहेको जीवन बीमा व्यक्तिको दुर्घटना रक्षावरण समेत ।

कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमांक	लागू मिति	बीमाशुल्क दर	रक्षावरणको किसिम	लाभहरू

हाल पत्राचारको ठेगाना : \_\_\_\_\_  
 ई-मेलको ठेगाना : \_\_\_\_\_ मोबाईल नं. \_\_\_\_\_ फोन नं. \_\_\_\_\_  
 म घोषणा गर्दछु कि माथिका प्रत्येक उत्तरहरू पूर्ण र सत्य छन् र मञ्जुर गर्दछु कि तिनै उत्तरहरू माथि उल्लेखित बीमाको पुनर्जागरण, परिवर्तन वाजारी गर्ने आधारको रूपमा लिइनेछ र त्यस्तो पुनर्जागरण, परिवर्तन वाजारी गर्नुलाई यो आवेदन कम्पनीद्वारा स्विकृत नगरिएसम्म भुक्तानी फछ्यौट भएको कारणले वाहालवक्ष्यता रहेको कारणले आधारले भएको मानिने छैन र कम्पनी वा यसको अधिकर्ताद्वारा रकमप्राप्ती, रिटर्न्सन, धरोटी वात्यस्तो कुनै भुक्तानीको नगदीकरण वा फछ्यौटले यस शर्तलाई मिनाहा गर्ने, जफत गर्ने वा अन्यकुनै किसिमले असर गर्ने छैन । मैले यो पनि बुझेको छु कि बीमालेख प्रावधानहरूमा जेसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि उल्लेखित बीमालेखको असक्तता र दुर्घटना लाभ प्रदान गर्ने भागवाहेक, बीमालेख अन्तर्गतको बीमांक वृद्धि वा बीमालेख पुनर्जागरण भएमा, बीमितको जीवनकालमा यो आवेदन मितिदेखि २(दुई) वर्षसम्म चालु रहिसकेको भए बीमाशुल्क भुक्तानी नगरिएको, जालसाजी र जानाजान गलत विवरण दिएको अवस्थामा बाहेक यो बीमालेख निर्विवाद (Incontestable) हुनेछ । अपूर्ण वा असत्य विवरण दिएको अवस्थामा बीमालेख बदर हुन सक्नेकुरा समेत मैले बुझेको छु र मञ्जुर गर्दछु ।  
 \_\_\_\_\_ स्थानमा \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_ गते \_\_\_\_\_ रोज  
 \_\_\_\_\_ साक्षीको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ आवेदकको हस्ताक्षर  
 \_\_\_\_\_ साक्षीको नाम र ठेगाना \_\_\_\_\_ आवेदकको आफ्नै हस्ताक्षरमा पूरा नाम \_\_\_\_\_  
 CSC-20

APPLICATION AND HEALTH CERTIFICATE in connection with →  Reinstatement  Removal/Reduction in Rating  Addition of Benefits

Policy Number : \_\_\_\_\_ Change in  Plan  Amount

Insured's Name : \_\_\_\_\_

Policy Owner's Name : \_\_\_\_\_

	Relationship to policy owner	Height	Weight	Employer's Name	Nature of Business	Daily Duties	Current Residential Address
Insured							
Policy Owner							

**Declarations: (Please tick each box below)**

\*If any part of the declarations cannot be confirmed, provide details in the appropriate spaces below: Exception to the Declaration.\*

\_\_\_\_\_ the undersigned, declare that since the date of signing the Application for the said Policy, I and all insureds named above and covered in this policy:

1.  Average monthly income over past 12 months .....
2.  I/we have not had any change in the place of residence, nature of business, financial status, occupation, or hobbies.
3.  I/we have not applied for new insurance, change in plan or reinstatement, which was declined, or postponed, withdrawn or modified in kind, amount or rate.
4.  I/we do not intend to travel during the next twelve months.
 

	Name	Destination	Purpose	Duration
<i>If not, here are the travel details.</i>				
5.  a) I/we do not intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a scheduled service over an established passenger route.  
 b) I/we do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing, etc.
6.  I/We am/are in good health and do not intend to seek medical advice or undergo medical tests.
7.  I/we have not met with any illness or accident, and have not consulted any medical facility, or done tests including those connected with HIV or AIDS.
8.  No deaths have occurred in the family (Parents, Brothers, Sisters).
9.  I am a female; I am not pregnant.

**\*Exceptions to the Declaration\***

No.	Details

**Insurance in force on the insureds under the Policy, including Personal Accident Coverage.**

Company Name	Policy Number	Amount	Effective Date	Rating	Type of Coverage	Benefits

**Current Correspondence Address:** \_\_\_\_\_

**E-mail Address :** \_\_\_\_\_ **Mobile No.** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

I declare that each of the above answers are full, complete and true and agree that they shall be taken as the basis of the reinstatement, change or issue of the above insurance, and that such reinstatement, change or issue shall not be considered as affected by reason of settlement made in payment of or on account of the amount now due until this application shall be duly approved by the Company, and that the receipt, retention, deposit or cashing of any such payment or settlement by the Company or its agent shall not constitute a waiver or forfeiture, or otherwise affect this condition. I also understand that, notwithstanding any provisions to the contrary in said policy, the policy, but not any part thereof granting Disability or Accident Benefits, if basic face amount is increased or reinstated, shall become incontestable after it has been in force during the lifetime of the insured for two years from the date of this application, except for non-payment of premium, fraud and willful misrepresentation. I understand that an incomplete or incorrect statement may invalidate the policy.

Dated on \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Name and address of Witness

\_\_\_\_\_  
Name of Applicant in own handwriting