

PART I CLAIMANT'S STATEMENT

1. Insured's Information

a) Name of Deceased (IN BLOCK LETTER) b) Age.....Years c) Sex Male Female
 d) Date of Birth e) Place of Birth..... f) Proof of Date of Birth.....
 g) Residence..... h) Occupation..... i) Employer
 j) Employer's Address k) Phone No.....

2. Information of Death

a) Date of Death Time of Death:.....AM/PM b) Place of Death.....
 c) Cause of Death d) Place of Burial

Please choose the below detail related to above mentioned cause.

<input type="checkbox"/> DUE TO SICKNESS	DUE TO <input type="checkbox"/> ACCIDENT <input type="checkbox"/> SUICIDE	<input type="checkbox"/> UNKNOWN
Name of Disease What was the Symptoms ? Please, mention the date of first consultation with Doctor/Hospital ? Date Name of Doctor Hospital Consultation History for Last illness and 3 years prior thereto. Name of Doctor Address Date Reason 1..... 2..... 3.....	How incident occurred ? Date of incident: Time of incident.....AM/PM Place of incident : Ward No..... VDC/Municipality : District:.....Country..... Was the incident reported to Police ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes,please provide, Name of Police Office: Address	Describe the Symptoms before death. What was the possible cause of death ? Was the incident reported to Police ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes,please provide, Name of Police Office: Address

3. Detail of other insurance and Family Physician

Company	Policy No	Date of Insurance	Amount	
.....	
.....	
Family Physician	Address	Date of Consultation	Reason for consultation	Diagnosis
.....

4. Claimant's Information

Relationship with insured Claimant's capacity Beneficiary Policy Owner Others
 Name ID(Citizenship/Passport/Others.....) No
 Occupation..... Present Address
 Permanent Address Contact No.....
 Bank Account Number
 Who was in possession of the policy document?

Declaration & Authorization

- a) The undersigned hereby makes claim to said insurance and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended or treated the insured and all other papers called for by the instructions here on, shall constitute and are hereby made a part of these Proof of Death, and further agrees that the furnishing of this form or any other forms supplement thereto, by the company, shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any insurance in force on the life in question, nor a waiver of its rights or defenses.
- b) The Undersigned hereby authorizes all physicians, hospitals, clinics, pharmacists, laboratories, employers and any institution or any other person to disclose to American Life Insurance Company, any and all information with respect to medical history, consultation, prescription or treatments and copies of all hospitals or medical records of deceased. Any copy of this authorisation shall be taken as original copy.
- 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/our Personal Information, Data and Sensitive Information including information concerning my personal ID, history related with health, (collectively Personal Information) while processing insurance claim.
 - 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.
 - If I have any questions concerning Privacy Policy, I will contact MetLife offices in Nepal.

Signature of claimant Date.....

PART II. WITNESS (By Notary Public/Gazetted Officer/VDC Chairman or Secretary/Ward Chairman or Secretary of Municipality/Principal of a Secondary School/Bank Manager)

The above information are true, to the best of my knowledge and belief, and nothing therein is false.

Signature of Witness :.....

Name of Witness:.....

Title:.....

Date:.....

Office:

Address:

Official Seal

अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी
(संयुक्त राज्य अमेरिकामा संस्थापित, नेपाल दर्ता नं ६/०६२/०६३)
नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, नेपाल

बीमालेख नं.:

भाग १. दावी कर्ताको बयान

१. बीमितको विवरण
 क) मृतकको नाम ख) उमेर वर्ष ग) लिंग महिला पुरुष
 घ) जन्म मिति ङ) जन्म स्थान च) जन्म मितिको प्रमाण
 छ) वासस्थान ज) पेशा झ) रोजगारदाता
 भा) रोजगारदाताको ठेगाना फोन नं.

२. मृत्यु बारे जानकारी
 क) मृत्यु मिति समय मृत्यु भएको स्थान
 ख) मृत्युको कारण दाहसंस्कार/दफन गरिएको स्थान
 माथि उल्लेखित कारणसंग सम्बन्धित विवरण दिनुहोस ।

<input type="checkbox"/> बिरामीको कारणले	<input type="checkbox"/> दुर्घटनाको कारणले <input type="checkbox"/> आत्महत्याको कारणले	<input type="checkbox"/> कारण थाहा नभएको
रोगको नाम उक्त रोगको लक्षण के थियो ? कृपया, उक्त रोगको लागि पहिलो पटक चिकित्सकिय परामर्श लिईएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् । मिति चिकित्सकको नाम अस्पताल ठेगाना अन्तिम बीमारी तथा सो भन्दा ३ वर्ष पहिले सम्मको चिकित्सकीय सल्लाह सम्बन्धी विवरण । चिकित्सकको नाम ठेगाना मिति कारण	घटना कसरी भएको हो ? घटना भएको मिति समय घटना भएको स्थान बडा नं. गा.वि.स./न.पा. जिल्ला देश के घटनाको जानकारी प्रहरीलाई गराईएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन यदि थियो भने उक्त प्रहरी कार्यालयको, नाम ठेगाना	मृत्यु अगाडीको लक्षणहरु उल्लेख गर्नुहोस । मृत्युको सम्भावित कारण के हुनसक्छ ? के उक्त घटनाको बारे प्रहरीलाई जानकारी गराईएको थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन यदि थियो भने उक्त प्रहरी कार्यालयको, नाम
१.
२.
३.

३. अन्य बीमा तथा पारिवारिक चिकित्सक सम्बन्धी जानकारी

कम्पनीको नाम	बीमालेख नं.	बीमा लागू मिति	बीमा रकम
.....
.....
पारिवारिक चिकित्सकको नाम	परामर्श लिएको मिति	परामर्शको कारण	निरूपण (Diagnosis)
.....

४. दावीकर्ताको विवरण
 बीमित संगको नाता दावीकर्ताको हैसियत ईच्छाईएको व्यक्ति बीमालेख मालिक अन्य
 दावीकर्ताको नाम परिचय पत्र(नागरिकता/राहदानी/अन्य) नं.
 पेशा हालको ठेगाना
 स्थायी ठेगाना सम्पर्क नं.
 बैंक खाता नं. बैंकको नाम

घोषणा तथा अधिकार प्रदान

का) तलको हस्ताक्षरकर्ताले उल्लेखित बीमाको हकदावी गर्छ तथा बीमितको उपचारमा सलम सबै चिकित्सकहरुको लिखित बयान र प्रतिज्ञापत्र (Affidavits) तथा यस बीमा दावी सम्बन्धमा माग गरिएका सबै कागजपत्रहरु मृत्युका प्रमाणहरु हुन भन्ने कुरा मञ्जूर गर्दछ र यो पनि मञ्जूर गर्दछ कि कम्पनीद्वारा यो फारम वा यसको अतिरिक्त फारमहरु उपलब्ध गराएको आधारमा सम्बन्धित जीवनको बीमा प्रभावी थियो भन्ने कुराको अर्थ लाने छैन न त कुनै हक वा प्रतिज्ञाको अधिकारको हनन भन्ने अर्थ लाने छ ।
 बा) तल हस्ताक्षरकर्ताले सम्पूर्ण चिकित्सकहरु, अस्पतालहरु, औषधालयहरु, औषधी विक्रेताहरु, प्रयोगशालाहरु, रोजगार दाता तथा कुनै अन्य संस्था वा अरु कुनै व्यक्तिलाई मृतकसँग सम्बन्धित कुनै वा सम्पूर्ण जानकारी जुन उपचार सम्बन्धि वृत्तान्त, परामर्श, सिफारिस सँग सम्बन्धित हुन्छ, अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई जानकारी गराउन सक्ने अधिकार प्रदान गर्दछ । यस अधिकार प्रदानको कुनै पनि प्रतिनिधि लाई वास्तविक प्रति सार मानिने छ ।
 १. मलाई थाहा छ की वैयक्तिक गोपनीयता सम्बन्धी ऐन, २०७१ अन्तर्गत अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी, नेपाल (मेटलाइफ)लाई बीमा दावीको मिलिसलामा मेरो, हामीहरु तथा मृतकको वैयक्तिक सूचना, तथ्यांक र संवेदनशील सूचनाहरुका साथै मेरो व्यक्तिगत परिचयपत्र, स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरणहरु (यस पछि वैयक्तिक सूचना भनिएको) सक्लन, भाण्डारण, संरक्षण, विश्लेषण र प्रयोग गर्न अधिकार रहेको छ । २. म मेरो वैयक्तिक सूचना देश भित्र वा बाहिर डिजिटल तरिकाबाट सुरक्षित सभरमा/क्लाउडबेसमा सुरक्षित राख्न र आवश्यकता अनुसार अन्तर बीमा डाटा स्यागानसँग गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु ।
 मेटलाइफले सबै फर्माइन्ट तथा दावी छानविन लगायत व्यवसायिक मिलिसलामा 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 कार्यालयहरुमा सम्पर्क गर्नुहु ।

दावीकर्ताको हस्ताक्षर मिति

भाग २. साक्षी (नोटरी पब्लिक/राजपत्राङ्कित अधिकृत/गा.वि.स. अध्यक्ष वा सचिव/न.पा.बडा अध्यक्ष वा सचिव/भा.विद्यालयको प्रधानाध्यापक/बैंक मेनेजरबाट साक्षीमा हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्ने छ)

मैले जाने बुझिसम्म माथि उल्लेखित विवरणहरु सत्य रहेको र कुनै पनि व्यहोरा गलत नभएको घोषणा गर्दछु ।

साक्षीको हस्ताक्षर:

साक्षीको नाम, थर:

पद
 मिति
 कार्यालयको नाम
 ठेगाना: कार्यालयको छाप