

# REQUEST FOR PROPOSAL AND RATES ON GROUP INSURANCE (RFP)



**American Life Insurance Company**  
 (Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)  
 Narayani Complex, Pulchowk  
 G.P.O Box: 11590, Kathmandu, Nepal  
 Tel: (977-1) 5555166, Fax: (977-1) 5555173  
 E-Mail: service-nepal@metlife.com.np

1. (a) NAME OF ORGANISATION : \_\_\_\_\_  
 (b) ADDRESS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Website: \_\_\_\_\_

2. NATURE OF BUSINESS: \_\_\_\_\_

3. DESCRIPTION OF OCCUPATIONS & NUMBER OF EMPLOYEES IN EACH OF THE CATEGORIES :

Occupation	No.	Occupation	No.
(a) _____	_____	(e) _____	_____
(b) _____	_____	(f) _____	_____
(c) _____	_____	(g) _____	_____
(d) _____	_____	(h) _____	_____

4. PROPOSED EFFECTIVE DATE OF GROUP PLAN : \_\_\_\_\_ 5. MAX. AGE LIMIT: \_\_\_\_\_

6. EMPLOYEES TO BE COVERED (Tick '✓' Below) :  
 All full - time and permanent salaried employees.  
 All full - time and permanent employees with more than three months service.

NOTE : TEMPORARY OR PART – TIME EMPLOYEES OR THOSE ON RETAINER BASIS SHOULD NOT BE INCLUDED :

7. PREMIUM PAYABLE : (Tick '✓')  
 Annual  Semi-Annual  Quarterly  Monthly

8. EMPLOYER'S CONTRIBUTION TOWARDS PREMIUM – (Tick '✓')  
 100%  50%  %  
 (IN CONTRIBUTORY PLANS A MINIMUM PARTICIPATION OF 75% TO 100% IS REQUIRED DEPENDING UPON SIZE OF GROUP)

9. DESCRIPTION OF BASIS FOR AMOUNT OF INSURANCE (Yearly Renewable Term Insurance). DO YOU APPROVE THE STANDARD BASIS : \_\_\_\_\_ IF NOT WRITE THE BASIS DESIRED.

STANDARD BASIS		BASIS DESIRED		
Number of Employees	Minimum Sum Assured	Description	Amount of Insurance	No. of Empl
15 to 24	Rs. 60,000	(a) _____	_____	_____
25 to 49	Rs. 50,000	(b) _____	_____	_____
50 to 99	Rs. 40,000	(c) _____	_____	_____
100 to 199	Rs. 30,000	(d) _____	_____	_____
200 to more	Rs. 20,000	(e) _____	_____	_____
		(f) _____	_____	_____
		(g) _____	_____	_____

10. SUPPLEMENTARY/RIDER COVERAGE (s) DESIRED (Tick '✓')  
 Accidental Death Only (AD)  Permanent Total Disability (PTD)  Permanent Partial Disability (PPD)  Critical Illness (CI)  
 Group Personal Accident (GPA)  Comprehensive Major Medical (CMM)  Other (Specify, if any) .....

11. HAVE YOU ATTACHED COMPLETE LIST OF EMPLOYEES SHOWING DATES OF BIRTH, AMOUNTS OF INSURANCE, SALARY/STATUS AND DATES OF EMPLOYMENT? IF NOT EXPLAIN IN REMARKS SECTION.

12. BENEFICIARY:  Individual  Employer

13. NAME AND CODE NO. OF AGENTS: \_\_\_\_\_

14. REMARKS: \_\_\_\_\_

COMPLETED BY: \_\_\_\_\_  
 DESIGNATION: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_  
 COMPANY SEAL: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE OF EMPLOYER

सामुहिक बीमा र बीमाशुल्क दर प्रस्ताव को लागी  
अनुरोध पत्र



**American Life Insurance Company**  
(Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)  
Narayani Complex, Pulchowk  
G.P.O Box: 11590, Kathmandu, Nepal  
Tel: (977-1) 5555166, Fax: (977-1) 5555173  
E-Mail: service-nepal@metlife.com.np

१) (क) संस्थाको नाम : \_\_\_\_\_  
(ख) ठेगाना : \_\_\_\_\_  
टेलिफोन नं. :- \_\_\_\_\_ मोबाईल नं. :- \_\_\_\_\_  
फ्याक्स :- \_\_\_\_\_ ई-मेल :- \_\_\_\_\_ वेब साईड :- \_\_\_\_\_

२) व्यवसायको प्रकृति : \_\_\_\_\_

३) प्रत्येक समूह/वर्ग का कर्मचारीहरूको संख्या तथा मुख्य कामको विवरण :

मुख्य काम	संख्या	मुख्य काम	संख्या
(क) _____	_____	(ड) _____	_____
(ख) _____	_____	(च) _____	_____
(ग) _____	_____	(छ) _____	_____
(घ) _____	_____	(ज) _____	_____

४) सामुहिक बीमा योजना प्रारम्भहुने मिति : \_\_\_\_\_ ५) उमेरको अधिकतम हद : \_\_\_\_\_

६) बीमाका लागि प्रस्तावित कर्मचारीहरू ( तल ✓ चिन्ह लगाउनुहोला )  
( ) सबै स्थायी तथा पूर्ण कालिक तलबी कर्मचारीहरू  
( ) तीन महिना भन्दा बढी सेवा गरेको सबै स्थायी तथा पूर्ण कालिक तलबी कर्मचारीहरू  
( )

नोट : आंशिक समय काम गर्ने तथा अस्थायी वा करार सेवाका कर्मचारीलाई समावेश नगर्नुहोला ।

७) बीमाशुल्क भुक्तानीको तरिका :  
(✓ चिन्ह लगाउनुहोला )  वार्षिक  अर्ध-वार्षिक  त्रैमासिक  मासिक

८) बीमाशुल्कमा रोजगारदाताले गर्ने योगदान ( कृपया ✓ चिन्ह लगाउनुहोला )  
 १००%  ५०%  %  
( योगदान गर्नुपर्ने बीमा योजनामा समूह/वर्गको आकार अनुसार ७५% देखि १००% सम्मको न्यूनतम सहभागीता आवश्यक छ ।)

९) बीमांकको आधारको विस्तृत विवरण (वार्षिक नवीकरण गर्नुपर्ने आवधिक बीमा) । सामान्य आधार (Standard Basis) मा तपाईं सहमती व्यक्त गर्नुहुन्छ ? \_\_\_\_\_, होइन भने इच्छाएको आधार उल्लेख गर्नुहोस् ।

सामान्य आधार		इच्छाएको आधार	
कर्मचारीको संख्या	न्यूनतम बीमांक	विवरण	कर्मचारी संख्या
१५ देखि २४	रु ६०,०००	(क) _____	_____
२५ देखि ४९	रु ५०,०००	(ख) _____	_____
५० देखि ९९	रु ४०,०००	(ग) _____	_____
१०० देखि १९९	रु ३०,०००	(घ) _____	_____
२०० देखि माथी	रु २०,०००	(ङ) _____	_____
		(च) _____	_____
		(छ) _____	_____

१०) इच्छाएको अतिरिक्त करार(हरु) (✓ चिन्ह लगाउनुहोला )  
 दुर्घटना मृत्यु (AD)  स्थायी पूर्ण असक्तता (PTD)  स्थायी आंशिक असक्तता (PPD)  घातक विमारी (CI)  
 सामुहिक व्यक्तिगत दुर्घटना (GPA)  प्रमुख औषधोपचार विस्तृत विमा (CMM)  अन्य (यदी भए खुलाउनुहोस्).....

११) तपाईंले कर्मचारीहरूको जन्ममिति, बीमांक, तलब तथा जागिर शुरु गरेको मिति सम्बन्धी विस्तृत सूची संलग्न गर्नु भएको छ ? छैन भने कैफियतमा विवरण दिनुहोस् ।

१२) इच्छाएको व्यक्ति :  व्यक्ति  संस्था

१३) अभिकर्ता(हरु) को नाम तथा कोड नं.:

१४) कैफियत :

फारम भर्ने व्यक्तिको नाम:  
पद:  
मिति:  
रोजगारदाता संस्थाको छाप: \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको हस्ताक्षर