

American Life Insurance Company

(Incorporated in 1868 in the U.S.A. and
Licensed by Nepal Insurance Authority to conduct Life Insurance Business in Nepal)
Company Regn. No. 6/062/063, G.P.O. BOX: 11590, KATHMANDU, NEPAL
NARAYANI COMPLEX, PULCHOWK, Telephone: 01-5455166



APPLICATION AND HEALTH CERTIFICATE in connection with ☐ Reinstatement ☐ Removal/Reduction in Rating ☐ Additional Benefits
Policy Number: _____ Change in ☐ Plan ☐ Amount
Insured's Name : _____ Policy Owner's Name: _____
Mobile No: _____ Alternative No: _____ Email Address: _____
Citizenship No/Passport No: _____ National ID No.: _____ Issued Date and District : _____
(If not provided before)
Residential Address : _____ Permanent Address : _____

	Relationship to policy owner	Height	Weight	Employer's name	Nature of Business	Daily Duties	Average Monthly income over 12 months
Insured							
Policy owner							

Declarations: [Please select below (Yes/ No) options]

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.

- I have had change the place of residence/nature of business/financial status/occupation/hobbies in the 12 months. ☐ Yes ☐ No
- I have applied for new insurance/changed insurance plans/reinstated an existing policy which was declined/postponed/withdrawn/modified in kind, amount, or extra-rated. ☐ Yes ☐ No
- I intend to travel during next twelve months. ☐ Yes ☐ No
- I am not in good health and intend to seek medical advice or undergo medical tests. ☐ Yes ☐ No
- I/we do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing etc. Or intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a schedule service over an established passenger route. ☐ Yes ☐ No
- I was recently diagnosed with an illness or had an accident and have consulted a medical facility or done tests, including those related to HIV and AIDS. ☐ Yes ☐ No
- There had been deaths(s) within the family within the last twelve months. (Parents, brothers, sisters) ☐ Yes ☐ No
- I am female, I am currently Pregnant. ☐ Yes ☐ No

If any of the response of above question is Yes , provide the details below.

S.N.	

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 one 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.

"I acknowledge and provide my consent to American Life Insurance Company(MetLife) to collect, use transfer, disclose and retain my personal information, including storing my information digitally in a secured server cloud base that may involve necessary cross border data transfers when I apply to or subscribe to any of MetLife products or services or communicate directly, online or via MetLife's applications and devices. MetLife may use the data to provide me with their products and services, maintain their records or send me relevant information."

Policy Owner's Signature: _____ Date: _____

Right	Left

FOR OFFICIAL USE ONLY

Total Coverage Applied: _____ Verifier: _____
Name of Approver _____ Signature: _____ Date: _____

Call Center: (977-1) 5970166, Toll Free: 1660-01-55555 (NTC) Email: service-nepal@metlife.com.np

CSC20/KYC/1.0/202510

अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

(सन् १८६८ मा अमेरिकामा स्थापित भई)

नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न ईजाजत प्राप्त)

कम्पनी दर्ता नं. ६/०६२/०६३, पो.ब.नं. ११५९०, काठमाडौं, नेपाल।

नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, टेलिफोन नं. : ०१-४४५५१६६



आवेदन र स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र :

☐ पुनर्जागरण

☐ थप बीमाशुल्क हटाउने/घटाउने

☐ पूरक लाभ थप्न

बीमालेख नं.

परिवर्तन गर्नको लागि

☐ बीमा योजनामा

☐ बीमांक

बीमितको नाम बीमालेख मालिकको नाम

मोबाइल नं. बैकल्पिक मोबाइल नं. इमेल

नागरिकता नं. / राहदानी नं. राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. जारी मिति र जिल्ला

(यदि पहिले नबुझाएको भए) स्थायी ठेगाना अस्थायी ठेगाना

	बीमालेख मालिक संगको नाता	उचाई	तौल	रोजगार दाताको नाम	व्यवसायको प्रकृति	दैनिक कार्य	विगत बाह्र महिनाको मासिक आम्दानी
बीमित							
बीमालेख मालिक							

घोषणाहरू : कृपया तलका प्रश्नहरूको उत्तर "छ" "छैन" खुलाउनुहोस्।

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. मेरो/हाम्रो बसोबासको ठेगाना, व्यवसायको प्रकृति आर्थिक अवस्था, पेशा वा शोखहरूमा कुनै परिवर्तन भएको ☐ छ ☐ छैन

२. म/हामीले नयाँ बीमा, बीमा योजना परिवर्तन वा पुनर्जागरणको आवेदन गरेर अस्वीकार भएको, वा स्थगित भएको, फिर्ता भएको वा कुनै किसिमले बीमांक वा बीमाशुल्क दरमा परिवर्तन गरिएको ☐ छ ☐ छैन

३. म/हामीले आगामी १२ महीना भित्र यात्रा गर्ने विचार गरेको ☐ छ ☐ छैन

४. म/हामी राम्रो स्वास्थ्य स्थितिमा रहेको र कुनै किसिमको चिकित्सकीय सल्लाह वा चिकित्सकीय जाँच गराउने विचार गरेको ☐ छ ☐ छैन

५. कुनै खतरनाक खेलकुद वा अन्य कृयाकलाप जस्तै डाइभिड, पर्वतारोहण आदिमा भाग लिने योजना वा कुनै भाडा तिर्ने यात्रुको रूपमा, व्यावसायिक वायुसेवा द्वारा उडान तालिका अनुसार स्थापित रुटमा संचालित वायुयानमा बाहेक अन्य कुनै किसिमको उडान गर्ने विचार गरेको ☐ छ ☐ छैन

६. म/हामीलाई कुनै किसिमको विरामी वा दुर्घटना भएको र कुनै चिकित्सकीय सल्लाह लिएको वा HIV वा AIDS लगाएत कुनै किसिमको परिक्षण भएको ☐ छ ☐ छैन

७. परिवारमा हालसालै कुनै मृत्यु भएको (आमाबुबा, दाजुभाई, दिदीबहिनी) ☐ छ ☐ छैन

८. म महिला हुँ र म हाल गर्भवती ☐ छ ☐ छैन

यदि माथिका १ देखि ८ सम्मको प्रश्नका उत्तर "छ" भएमा तल विवरण दिनुहोस्।

नं	

म घोषणा गर्दछु कि माथिका प्रत्येक उत्तरहरू पूर्ण र सत्य छन्। ती उत्तरहरू माथि उल्लेखित बीमाको पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी गर्ने आधारको रूपमा लिइनेछ र यस आवेदनलाई कम्पनीले विधिवत रूपमा स्विकृत नगरेसम्म कुनै तिर्न बाँकी रकमको भुक्तानी वा त्यस्तो भुक्तानी राफसाफ भएको कारणले त्यस्तो पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी प्रभावित भएको मानिने छैन र कम्पनी वा यसको अभिकर्ताद्वारा रकम प्राप्त गरेको, रिटेन्सन, धरौटी वा त्यस्तो कुनै भुक्तानीको नगदीकरण वा राफसाफ गरेको कारणले यस शर्तलाई मिनाहा वा जफत गर्ने वा अन्य कुनै किसिमले असर गर्ने छैन भन्ने कुरामा सहमत छु। मैले यो पनि बुझेको छु कि, उल्लेखित बीमालेखको अस्तित्व र दुर्घटना लाभ प्रदान गर्ने भागबाहेक बीमालेख प्रावधानहरूमा जसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि बीमालेख अन्तर्गतको बीमांक वृद्धि वा बीमालेख पुनर्जागरण भएमा, बीमितको जीवनकालमा यो आवेदन मितिदेखि १(एक) 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 जहिलेसुकै बदर हुन सक्नेकुरा समेत मैले बुझेको छु र मंजूर गर्दछु।

"म अमेरिकन लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (मेटलाईफ) को कुनै पनि प्रोडक्ट वा सेवा प्राप्त गर्नको लागि आवेदन दिँदा वा मेटलाईफको एप्लिकेशन तथा उपकरण मार्फत प्रत्यक्ष, अनलाइन वा अन्य माध्यमबाट सम्पर्क गर्दा मेरो वैयक्तिक सूचना (Personal Information) सङ्कलन गर्ने, प्रयोग गर्ने, हस्तान्तरण गर्ने, खुलाउन र आफूसँग राख्न साथै, आवश्यक परेमा नेपाल भित्र वा देशबाहिर डेटा स्थानान्तरण लगायत सुरक्षित सर्वर/Cloud Base मा भण्डारण गर्नको लागि समेत मेटलाईफलाई सहमति प्रदान गर्दछु। मेटलाईफले मलाई सेवा वा प्रोडक्ट प्रदान गर्ने, त्यसको अभिलेख राख्न वा सम्बन्धित सूचना पठाउन यो डेटा प्रयोग गर्न सक्नेछ।"

औंठाको छाप

दायाँ	बायाँ

विमितको हस्ताक्षर मिति

कार्यालय प्रयोजनको लागि

कुल बीमांक रकम प्रमाणीकरण गर्ने कर्मचारीको हस्ताक्षर

परिक्षण गर्ने कर्मचारीको नाम हस्ताक्षर मिति

कल सेन्टर : (९७७-१) ५९००१६६, टोल फ्री : १६६०-०१-५५५५५५ (एन.टी.सी.) ई-मेल: service-nepal@metlife.com.np

CSC20/KYC/1.0/202510