

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.

1. I have had change the place of residence/nature of business/financial status/occupation/hobbies in the 12 months. Yes No
2. I have applied for new insurance/changed insurance plans/reinstated an existing policy which was declined/postponed/withdrawn/modified in kind, amount, or extra-rated.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
3. I intend to travel during next twelve months. Yes No
4. I am not in good health and intend to seek medical advice or undergo medical tests. Yes No
5. 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
6. 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
7. There had been deaths(s) within the family within the last twelve months. (Parents, brothers, sisters) Yes No
8. 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 contestable 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."

Right Left

Policy Owner's Signature: _____ Date: _____

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 लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

(सन् १९६८ मा अमेरिकामा स्थापित भई

नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न इजाजत प्राप्त)

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

नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, टेलिफोन नं. : ०१-५४५९९६६



MetLife

आवेदन र स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र :

→ पुनर्जागरण

थप बीमाशुल्क हटाउने/घटाउने

पूरक लाभ थप्न

बीमालेख नं.....

परिवर्तन गर्नको लागि

बीमा योजनामा

बीमाक

बीमितको नाम बीमालेख मालिकको नाम

मोबाइल नं..... बैकलिपक मोबाइल नं इमेल

नागरिकता नं. / राहदारी नं. राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. जारी मिति र जिल्ला
(यदि पाहले नवुझाएको भए)

स्थायी ठेगाना अस्थायी ठेगाना

	बीमालेख मालिक संगको नामा	उचाई	तौल	रोजगार दाताको नाम	व्यवसायको प्रकृति	दैनिक कार्य	विगत बाह महिनाको मासिक आमदानी
बीमित							
बीमालेख मालिक							

घोषणाहरु : कृपया तलका प्रश्नहरुको उत्तर "छ" " छैन" खूलाउनुहोस् ।

तल सहित्याप गर्ने म घोषणा गर्दछु कि उल्लेखित बीमालेखको लागि आवेदन सहित्याप गरेको मिति देखि म र यस बीमालेख अन्तर्गत रक्षावरण गरिएका सबै बीमितहरु :

- मेरो/हाम्रो वसोबासको ठेगाना, व्यवसायको प्रकृति आर्थिक अवस्था, पेशा वा शोखहरूमा कुनै परिवर्तन भएको छ छैन
- म/हामीले नयाँ बीमा, बीमा योजना परिवर्तन वा पुनर्जागरणको आवेदन गरेर अस्तीकार भएको, वा स्थायी भएको, फिर्ता भएको छ छैन
- म/हामीले आगामी १२ महीना भित्र यात्रा गर्ने विचार गरेको छ छैन
- म/हामी राम्रो स्वास्थ्य स्थितिमा रहेको र कुनै किसिमको चिकित्सकीय सल्लाह वा चिकित्सकीय जाँच गराउने विचार गरेको छ छैन
- 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
- म/हामीलाई कुनै किसिमको विरामी वा दुर्घटना भएको र कुनै चिकित्सकीय सल्लाह लिएको वा HIV वा AIDS लगाएत कुनै किसिमको परिक्षण भएको छ छैन
- परिवारमा हालसालै कुनै मृत्यु भएको (आमाबुबा, दांजुभाई, दिदीबहिनी) छ छैन
- 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 उत्तरहरु पूर्ण र सत्य छन् । ती उत्तरहरु माथि उल्लेखित बीमाको पुनर्जागरण, परिवर्तन वा जारी गर्ने आधारको रूपमा लिइनेछ र यस आवेदनलाई कम्पनीले विधिवत रूपमा स्विकृत तरियेसम्म कुनै तिर्न वाकी रकमको भुक्तानी वा त्यस्तो भुक्तानी राफसाफ भएको कारणले त्यस्तो उन्नर्जागरण, परिवर्तन वा जारी प्रभावित भएको मानिने छैन र कम्पनी वा यसको अधिकताद्वारा रकम प्राप्त गरेको, रिटेस्न, धरोहरी वा त्यस्तो कुनै भुक्तानीको नगदीकरण वा राफसाफ भएको कारणले यस शर्तलाई मिनाहा वा जफत गर्ने वा अन्य कुनै किसिमले असर गर्ने छैन भन्ने करामा सहमत छ । मैले यो पनि बुझेको छु कि, उल्लेखित बीमालेखको असकता र दुर्घटना लाभ प्रदान गर्ने भागबाटेको भएको बीमाशुल्क भुक्तानी नपरिएको, जालसञ्जी र जानाजान गलत विवरण दिएको अवस्थामा बाहिक यो बीमालेख पुनर्जागरण भएमा, बीमितको जीवनकालमा यो आवेदन मितिदेखि १(एक) वर्षसम्म चाल रहिसकेको भएको बीमाशुल्क भुक्तानी नपरिएको, जालसञ्जी र जानाजान गलत विवरण दिएको अवस्थामा बाहिक यो बीमालेख निर्विवाद (incontestable) हुनेछ । अपूर्ण वा असत्य विवरण दिएको अवस्थामा बीमालेख जाहिलेसकै बर हन समेतकरा समेत मैले बुझेको छु र मन्जुर गर्दछु ।

"म अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (मेटलाईफ) को कुनै पैसे प्रोडक्ट वा सेवा प्राप्त गर्नको लागि आवेदन दिँदा वा मेटलाईफको एप्लिकेशन तथा उपकरण मार्फत प्रत्येक, अनलाइन वा अन्य माध्यमबाट सम्पर्क गर्दा मेरो वैयक्तिक सूचना (Personal Information) सङ्केत गर्न, प्रयोग गर्न, हस्तान्तरण गर्न, खुलाउन र आफूसँग राख्न साथै, आवश्यक परमा नेपाल भित्र वा देशाहिर डेटा स्थानान्तरण लगायत सुरक्षित समर्त/CLOUD BASE मा भण्डारण गर्नको लागि समेत मेटलाईफलाई सहमति प्रदान गर्दछु । मेटलाईफले मलाई सेवा वा प्रोडक्ट प्रदान गर्न, त्यसको अभिलेख राख्न वा सम्बन्धित सूचना पठाउन यो डेटा प्रयोग गर्न सक्नेछ ।"

औंठाको छाप

दाँया

बाँया

बीमितको हस्ताक्षर मिति

कूल बीमाक रकम	प्रमाणीकरण गर्ने कर्मचारीको हस्ताक्षर
परिक्षण गर्ने कर्मचारीको नाम	हस्ताक्षर मिति
कल सेन्टर : (९७७-१) ५९७०९६६, टोल फ़ि : १६६०-०१-५५५५५५ (एन.टी.सी.) ई-मेल: service-nepal@metlife.com.np	CSC20/KYC/1.0/202510