

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

Email: service-nepal@metlive.com.np

**REQUEST FOR POLICY CHANGE**

THE UNDERSIGNED Owner/Insured underpolicy No on the life of here by requests AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY to effect the change (s) ticked below by any means acceptable to the Company.

This change shall be effective as of and provided as follows:
(Current Premium Due Date)

Amount of Insurance Plan of Insurance () par () Nor-par

Supplementary Contracts: Addition of Cancellation of

Change of Beneficiary:

Full Name of New Beneficiary

Relationship

Age

Address

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

The Insured ☒ Reserving ☒ not reserving full right and authority to revoke this designation and to designate a new beneficiary, subject to the provisions of said policy.

Change of Mode of Paying Premiums

From to as of premium due

Change of Name : () because of marriage
() other reason (explain:)

From to
(old Name) (New Name)

Supporting documents attached :

Old Signature

New Signature

Special Request:

H.O. Endorsement:

Not with standing anything to the contrary in the Insurance policy or in the Supplementary Contracts attached there to, the Company may rely solely upon this request to effect the required change without need to any endorsement whatsoever.

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."

Insured's Name: Policyowner's Name:

Mobile No: Alternative No:

Citizenship No/Passport No National ID No. Issued Date and District
(If not provided before)

Residential Address: Permanent Address:

Policy owner's Signature Date :

Right	Left

*In case the Insured (P/O) has more than one signature, please show specimen of all signatures.

CSC-27/KYC/1.0/202510

अमेरिकन लाईफ 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. : ०१-५४५५१६६

ईमेल: service-nepal@metlive.com.np



बीमालेख परिवर्तनको लागि आवेदन

श्री को जीवनमा लागू भएको बीमालेख नं.....

अन्तर्गत तल सहिछाप गर्ने म मालिक / बीमितले तल संकेत गरिएको परिवर्तन (हरू) अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लाई मान्य हुने कुनै पनि विधिहरूद्वारा लागू गरिदिन हुन अनुरोध गर्दछु ।

यो परिवर्तन तल दिइए अनुसारको मिति / / देखि लागू हुनेछ ।

(हालको बीमाशुल्क भुक्तानी मिति)

बीमांक बीमा योजना मुनाफामा सहभागि () हुने () नहुने

पूरक करारहरू : थप गर्ने हटाउने

इच्छाईएको व्यक्ति परिवर्तन गर्ने :

नयाँ इच्छाईएको व्यक्तिको पूरा नाम नाता उमेर ठेगाना

.....

.....

बीमालेखका प्रावधानहरू अनुरूप उल्लेखित इच्छाईएको व्यक्ति परिवर्तन गर्ने र नयाँ इच्छाईएको व्यक्ति तोक्ने अधिकार बीमितसँग सुरक्षित रहने ☐ नरहने ☐

बीमाशुल्क भुक्तानी गर्ने तरिकामा परिवर्तन

बीमाशुल्क भुक्तानी मिति / / देखि बाट मा

नाम परिवर्तन : () विवाहको कारण
() अन्य कारण (विवरण

..... बाट मा
(पुरानो नाम) (नयाँ नाम)

संलग्न पुष्टिकरण गर्ने कागजात :

पुरानो हस्ताक्षर

नयाँ हस्ताक्षर

विशेष अनुरोध:

कम्पनी अनुरोध :

बीमालेखमा वा संलग्न पूरक करारहरूमा जेसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि कम्पनीले यस अनुरोधलाई पूर्ण रूपमा आधार मानी बिना कुनै अनुमोदन परिवर्तन गर्न सक्नेछ ।

"म अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (मेटलाईफ) को कुनै पनि प्रोडक्ट वा सेवा प्राप्त गर्नको लागि आवेदन दिँदा वा मेटलाईफ को एप्लिकेशन तथा उपकरणमार्फत प्रत्यक्ष, अनलाइन वा अन्य माध्यमबाट सम्पर्क गर्दा मेरो वैयक्तिक सूचना (Personal Information) सक्तलन गर्न, प्रयोग गर्न, हस्तान्तरण गर्न, खुलाउन र आफु सँग राख्न साथै, आवश्यक परेमा नेपाल भित्र वा देशबाहिर डेटा स्थानान्तरण लगायत सुरक्षित भर्भर/अधिगम दबकभ 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 ।"

बीमितको नाम बीमालेख मालिकको नाम

मोबाइल नं. बैकल्पिक मोबाइल नं. ईमेल

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

(यदि पहिले नबुझिएको भए)

स्थायी ठेगाना अस्थायी ठेगाना

बीमितको हस्ताक्षर मिति

बीमित (बीमालेख मालिक) को एक भन्दा बढी हस्ताक्षर भएमा कृपया सबै हस्ताक्षरहरूको नमूना दिनुहोला ।

CSC-27/KYC/1.0/202510

दायाँ	बायाँ
-------	-------