



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

**Declaration and Undertaking Regarding Lost Policy**

I, the undersigned ..... owner of Policy No..... issued on the.....of..... 20.... by American Life Insurance Company on the life of....., the present beneficiary or beneficiaries in said policy being..... hereby certify that said Policy No..... has been lost or mislaid beyond hope of recovery, although due and diligent search has been made for it ( )/ was destroyed ( ). The circumstances of loss / destruction being as follows:

And that said policy was not and is not now assigned or otherwise transferred to any person or persons whomsoever, or in any way pledged as security for moneys advanced or value received, except as follows:

And having requested the American Life Insurance Company-

- to pay me the cash value of said policy ( )
- to change said policy in accordance with my request for change dated..... ( ) but being unable to surrender said policy to the Company as requisite since it is not now in my possession.
- to issue a duplicate of said policy in lieu of the lost policy ( ).

I hereby accept any endorsement on the duplicate of said policy as being an endorsement on the original policy and undertake, should I find said policy to return it promptly to the American Life Insurance Company and, in any case, to indemnify said Company against any loss or liability which it may incur by reason of my inability or failure to surrender said policy to the Company.

**Dated at:** ..... **this** ..... **day of** .....20.....  
 (City)

.....  
 Signature of witness

.....  
 Signature of Policy owner

.....  
 Name and address of witness

.....  
 Signature of Irrevocable Beneficiary

.....  
 Signature of witness

.....  
 Signature of Assignee

.....  
 Name and address of witness

## अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

(सन् १९२१ मा संयुक्त राज्य अमेरिकामा लिमिटेड कम्पनीको रूपमा स्थापित भई  
बीमा ऐन २०४९ अनुसार नेपालमा जीवन बीमा व्यवसाय गर्न इजाजत प्राप्त)  
कम्पनी दर्ता नं. ६/०६२/०६३, नारायणी कम्प्लेक्स, पुल्चोक, पो.ब.नं.११५९०  
फो.नं.९७७-१-५५५५९६६, फ्याक्स नं.९७७-१-५५५५९७३  
ईमेल: [Service-nepal@metlife.com.np](mailto:Service-nepal@metlife.com.np)

### बीमालेख हराएको घोषणा

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीद्वारा श्री/श्रीमती/सुश्री .....को जीवनमा लागू हुने गरी मिति  
२० / / मा जारी भएको, हाल कायम इच्छाइएको व्यक्ति (हरु)  
.....भएको बीमालेख नं. ....को  
मालिक म ..... यो प्रमाणित गर्दछु कि माथि उल्लेखित बीमालेख नं.  
..... हराएको छ। यसको खोजीको निम्ति सक्दो प्रयत्न भईसकेको छ र पुनः प्राप्त हुने सम्भावना छैन। बीमालेख ( )  
नष्ट भएको / ( ) हराएको परिस्थिति यस प्रकारको छ :

उल्लेखित बीमालेख हस्तान्तरण अथवा अन्य कुनै व्यक्ति (हरु) लाई नामसारी गरिएको थिएन र छैन अथवा कुनै तरिकाबाट पेस्की  
रकम अथवा अन्य कुनै मुल्य लिएवापत धितोको रूपमा तल उल्लेख गरिएको अवस्था बाहेक राखिएको छैन:

साथै, अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई निम्न बमोजिमको अनुरोध गर्दाको अवस्थामा-

-उल्लेखित बीमालेखको नगदीमुल्य मलाई तिर्नको निम्ति ( )

-मेरो अनुरोधमा मिति .....मा बीमालेखमा परिवर्तन गर्न अनुरोध गरिएको तर उल्लेखित बीमालेख मसँग नभएको  
हुनाले समर्पण गर्न असमर्थ रहेको ( )

-उल्लेखित हराएको बीमालेखको सट्टामा प्रतिलिपी जारी गर्नको निम्ति ( )

म उल्लेखित बीमालेखको प्रतिलिपीमा संलग्न अनुमोदन सक्कल बीमालेख बमोजिम भएको स्वीकार गर्दछु र उक्त बीमालेख भेट्टाइएको  
खण्डमा तुरुन्तै अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनीलाई फिर्ता गर्नेछु र यदि सो बीमालेख बुझाउन असमर्थ वा असक्षम भएको कारण  
कम्पनीलाई कुनै नोक्सानी वा दायित्व सृजना भएमा म स्वयं व्यहोर्ने छु।

स्थान : .....

मिति : .....

.....  
साक्षीको सहीछाप

.....  
बीमालेख मालिकको सहीछाप

.....  
साक्षीको नाम र ठेगाना

.....  
अपरिवर्तनीय इच्छाइएको व्यक्तिको सहीछाप

.....  
साक्षीको सहीछाप

.....  
हस्तान्तरित व्यक्ति / संस्थाको सहीछाप

.....  
साक्षीको नाम र ठेगाना

नोट : लागू नहुने महलमा (X) चिन्ह लगाउनुहोस्।

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी POS-14