अनुसूची १

सावधिक जीवन बीमा योजनामा सहभागी राष्ट्रसेवकहरुको विवरण

दफा ५ उपदफा -३\_ संग सम्‌बन्धित

जी.र्इ.नं. ………………. बीमा शुरु गर्ने मिति 17 जुलार्इ, 20 -बि.सं. 20 साल साउन १ गते\_ बिमा अवधिः 20 बर्ष

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं | कर्मचारी संकेत नं. | कर्मचारीको नाम थर | लिङ्ग | पेशा | जन्म मिति | बीमांक रकम | बीमा शुल्क रकम | नागरिकता प्रमाण पत्र नं. | नियुक्ति मिति | कैफियत |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

कार्यालयको नामः

आधिकारिक व्यक्तिको नामः

पदः

सहीः

मितिः 20

कार्यालयको छापः

|  |
| --- |
|  |

अनुसूची २

सावधिक जीवन बीमा योजनामा सहभागी राष्ट्रसेवकहरुको विवरण

दफा ६ उपदफा -९\_ संग सम्‌बन्धित

जी.र्इ.नं. ………………. बीमा शुरु गर्ने मिति 17 जुलार्इ, 20‍........-बि.सं. 20....... साल साउन १ गते\_ बिमाशुल्कः रु,9600।-

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| क्र.सं | कर्मचारी संकेत नं. | कर्मचारीको नाम थर | लिङ्ग | पेशा | जन्म मिति | बीमांक रकम | थप बीमा शुल्क -बिमा अवधि कम भएमा\_ | जम्मा बीमा शुल्क रकम | कायम हुने बीमा अवधि | नागरिकता प्रमाण पत्र नं. | नियुक्ति मिति | कैफियत |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

कार्यालयको नामः

आधिकारिक व्यक्तिको नामः

पदः

सहीः

मितिः 20

कार्यालयको छापः

|  |
| --- |
|  |

अनुसूची 3

सावधिक जीवन बीमा योजना रकमको भुक्तानी

दफा ११ उपदफा -१\_ संग सम्‌बन्धित

मितिः 20…………/……………/…………

च.नं ..........

श्री राष्ट्रिय बीमा संस्थान,

प्रधान कार्यालय, रामशाहपथ,

काठमाडौ ।

महोदय,

यस कार्यालयको ................ श्री ............................................. बीमालेख नं. .......................को सदस्यता नं. ............. बीमांक रकम ............... बीमा शुरु मिति 20……../……..…/………… मा अवधि समाप्ति / राजिनामा स्वीकृत / अवकाश / मृत्यु भएकोले

( नोटः तल भएका बक्स मध्य [ ] कुनै एउटामा चिनो लगाउनुहोला )

अवधि भुक्तानीः **[ ]**

व्यक्तिगतमा हस्तान्तरणः **[ ]**

समर्पण मूल्यः **[ ]**

चुक्ता मुल्यः **[ ]**

मृत्यु दावी मूल्यः **[ ]**

उपलब्ध गराउन अनुरोध गर्दछौ ।

कार्यालयको नामः

आधिकारिक व्यक्तिको नामः ……………………………………………

पदः ……………………………………………

सहीः ……………………………………………

कार्यालयको छापः

|  |
| --- |
|  |