

अनुसूची- ३
सावधिक जीवन बीमा योजना रकमको भुक्तानी
दफा ११ उपदफा (१) सँग सम्बन्धित

मिति : २०/...../.....

च.नं.

श्री राष्ट्रिय बीमा संस्थान,
प्रधान कार्यालय, रामशाहपथ,
काठमाडौं ।

महोदय,

यस कार्यालयको श्री

बीमालेख नं. को सदस्यता नं. बीमाङ्क रकम

..... बीमा शुरु मिति २०/...../..... भएको

र मिति २०...../...../..... मा अवधि समाप्त/राजीनामा स्वीकृत/अवकाश/मृत्यु

भएकोले, नोट तल भएका बक्स मध्ये [] कुनै एउटामा चिनो लगाउनुहोला ।

अवधि भुक्तानी : []

व्यक्तिगतमा हस्तान्तरण : []

समर्पण मूल्य : []

चुक्ता मूल्य : []

मृत्यु दाबी मूल्य : []

उपलब्ध गराउन अनुरोध गर्दछौं ।

कार्यालयको नाम :

आधिकारिक व्यक्तिको नाम :

सम्पर्क नम्बर :

इमेल ठेगाना :

पद :

सही :

मिति : २०...../...../.....

कार्यालयको छाप :