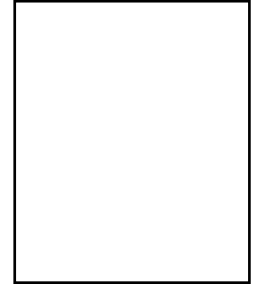


प्रस्ताव नं.



गार्डियन लघु जीवन बीमा लिमिटेड
दर्ता नं. ३०४३७९/०७९/०८०, स्थायी लेखा नं.: ६९०४९९६५६
ठेगाना : मुनाल पथ, विराटनगर, नेपाल, फोन नं ०२९-५९०९०२
म्यादी जीवन बीमा प्रस्ताव फारम

शाखा कार्यालय :

अभिकर्ताको नाम :

अभिकर्ता इजाजत पत्र नं. :

बीमितको नाम, थर :नेपालीमा
(अंग्रेजीमा) :

ठेगाना : प्रदेश जिल्ला उप/म.न.पा./न.पा./गा.पा. वडा नं.....

बीमितको पिताको नाम थर : बाजेको नाम थर :

टेलिफोन / मोबाईल नं.: ईमेल :.....

जन्म मिति : लिंग : पुरुष महिला अन्य

पेशाको खास प्रकृति :

बीमा योजना : गार्डियन लघु म्यादी जीवन बीमा

बीमाङ्क : बीमा अवधि : बीमा शुल्क भुक्तानी तरिका : वार्षिक

थप सुविधा : दुर्घटना बीमा लाभ स्थायी पूर्ण अपाङ्गता किरिया खर्च

इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर / नाता :

(अन्य अवस्थामा बीमा ऐन २०७९को दफा १२७ बमोजिम बीमितको आश्रितहरूलाई भुक्तानी गरिने छ।)

व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण

बीमितको उचाई : फिट : ईन्च : वजन :

के तपाईं धूम्रापान गर्नुहुन्छ ? गर्छु गर्दिन

के तपाईं मदिरापान गर्नु हुन्छ ? गर्छु गर्दिन

तपाईं हाल लागु पदार्थ प्रयोग गर्नु हुन्छ ? गर्छु गर्दिन

म हाल मानसिक तथा शारिरिक रुपमा पूर्ण स्वस्थ छु, मलाइ एवं मेरो परिवारमा कुनै सदस्यलाई दीर्घ रोग लागेको छैन। यदि छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस्।

मिति : बीमितको नाम :

बीमितको दस्तखत :

(नोट : न्युन आय भएका व्यक्ति संग सम्बन्धीत भएकोले ग्राहक पहिचान फारम आवश्यक नरहेको)