

American Life Insurance Company

(Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)

Narayani Complex, Pulchowk

G.P.O.Box: 11590

Kathmandu, Nepal

Tel.: 977-1-5555166

Fax: 977-1-5555173



**PAYMENT OF PARTIAL MATURITY UNDER THREE PAYMENT PLAN
AND
UNDERTAKING FOR DISCHARGE**

Policy No. : _____ Policyowner's Name: _____

Telephone No. : _____ Mobile No. : _____

Complete address of the policyowner to send cheque: _____

_____ or

To deposit amount of partial maturity payment, policyowner's bank a/c no. _____

_____ of _____ maintained at

(Bank's Name)

_____ branch.

Application is hereby made for the payment of First/Second installment as Partial Maturity amount of the Three payment plan (less any indebtedness to the company secured by the policy).

It is hereby understood and agreed the payment of the Partial Maturity installment amount and my receiving them shall constitute full and final settlement of the First/Second Partial Maturity installment claims under the policy.

Executed at _____ this _____ day of _____ of 20_____

Witness : _____
(Signature)

Signature of Policyowner

Name : _____

Signature of Irrevocable
Beneficiary Or Assignee

Address : _____

American Life Insurance Company
(Incorporated in USA, Nepal Regn. No. 6/062/063)
Narayani Complex, Pulchowk
G.P.O.Box: 11590
Kathmandu, Nepal
Tel.: 977-1-5555166
Fax: 977-1-5555173



तीन किस्तामा भुक्तानी योजनाको आंशिक परिपक्व रकम भुक्तानी तथा फर्छ्यौट कबुलियत

बीमालेख नम्बर : _____ बीमालेख मालिकको नाम : _____
टेलिफोन नम्बर : _____ मोबाइल नम्बर : _____
चेक पठाउनको लागि बीमालेख मालिकको पूरा ठेगाना : _____
_____ वा

आंशिक परिपक्व भुक्तानी रकम बैंकमा जम्मा गरिदिनका लागि बीमालेख मालिकको _____
(बैंकको नाम)
_____ को _____ शाखास्थित खाता नं. _____

मेरो बीमालेख आंशिक परिपक्व पहिलो/दोश्रो किस्ताको रकम (यो बीमालेख अन्तर्गत कम्पनीलाई भुक्तानी गर्नु पर्ने कुनै बक्यौता रकम भए सो घटाई) भुक्तानीको लागि आवेदन गरेको छु ।

आंशिक परिपक्व किस्ताको रकम भुक्तानी र सो रकम मैले प्राप्त गरेपछि यस बीमालेख अन्तर्गतको आंशिक परिपक्व किस्ता रकमको सम्पूर्ण दावीहरूको पूर्ण र अन्तीम फर्छ्यौट हुने कुरा बुझेको र सो मञ्जुर गरेको छु ।

स्थान : _____ मिति : _____

साक्षी : _____

हस्ताक्षर

बीमालेख मालिकको सहीछाप

नाम : _____

ठेगाना : _____

अपरिवर्तनीय इच्छाङ्कको/हस्तान्तरित

व्यक्तिको सहीछाप