

M/S. AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

श्री अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

NARAYANI COMPLEX, LALITPUR

नारायणी कम्प्लेक्स, ललितपुर

P. O. BOX 11590, KATHMANDU, NEPAL

पो. ब. नं ११५९०, काठमाडौं, नेपाल

DEAR SIRs,

महोदय,

I HAVE NO OBJECTION TO EFFECTING LIFE INSURANCE COVERAGE ON THE LIFE OF MY SON/DAUGHTER MASTER/MISS _____ BY MY _____ MR./MRS/MISS _____ WITH YOUR COMPANY APPLIED VIDE APPLICATION NO. _____ (POLICY NO. _____) DATED _____ THROUGH YOUR AGENT MR./MRS/MISS _____ (AGENT'S CODE NO. _____). FOLLOWING IS THE SIGNATURE OF MY _____ FOR YOUR IDENTIFICATION.

मेरो छोरा/छोरी श्री/सुश्री.....को जीवन बीमा मेरो.....श्री/श्रीमती/सुश्री.....ले त्यस कम्पनीमा गराउन (नाता) आवेदन नं.....मिति.....अनुसार कम्पनीका अभिकर्ता श्री/श्रीमती/सुश्री.....मार्फत आवेदन गरे अनुसार बीमा गराउँदा मलाई कुनै आपत्ति छैन/मेरो पूर्ण मञ्जुरी छ । त्यहाँको प्रमाणिकरणको लागि मेरो.....को (नाता) हस्ताक्षरको नमूना निम्न बमोजिम हुनेछ ।

_____ मेरो (SIGNATURE OF MY _____)को सही (नाता)

THANKING YOU,

SINCERELY YOURS,

भवदीय,

_____ (SIGNATURE OF CHILD'S FATHER) बच्चाको बुवाको सही

(नाम) NAME :

(मिति) DATE :

WITNESS SIGNATURE _____

साक्षी

(AGENT)

(अभिकर्ताको सही र संकेत नं.)

संलग्न: मेरो हस्ताक्षर भएको मेरो परिचय गराउने प्रमाण.....को नक्कल संलग्न छ ।