AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY (ALICO)

KATHMANDU, NEPAL

PARTICULARS OF THE PROPOSED INSURED / EMPLOYEES & DEPENDANTS (FOR GROUP MEDICAL INSURANCE)

Date:_____ Sheet No.:_____

Employees' Particular of:_____

(Check 'X' in requested optional benefit box)

☐ Hospitalization ☐ …….. ☐ …….. ☐ ……. ☐ ……

S.N.	Proposed Insured / Employee's Name	Designation	Sex (M/F)	Marital Status (S/M)	Date of Birth (dd-mm-yy)	Date of Joining (dd-mm-yy)	Accidental Coverage	Medical Coverage	Name of Spouse & Dependants	Date of Birth (dd-mm-yy)	Relation (Spouse/Son /Daughter)

_____

Signature of Employer & Stamp

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी (ALICO)

काठमाडौं, नेपाल

सामुहिक औषधोपचार बीमाका लागि प्रस्तावित बीमित/कर्मचारी र आश्रितहरुको विवरण

मिति: _____ पाना नं.:_____

_____ को कर्मचारीहरुको विवरण ।

(अनुरोध गरिएको ऐच्छिक लाभहरुमा 'X' चिन्ह लगाउनु होस् ।)

☐ अस्पताल भर्ना (Hospitalization) ☐ …….. ☐ …….. ☐ …….. ☐ ……..

सि.नं.	प्रस्तावित बीमित् /कर्मचारीको नाम	पद	लिङ्ग (पु/म)	बैवाहिक स्थिति (वि/अ)	जन्म मिति	जागिर शुरु गरेको मिति	दुर्घटना बीमांक	मेडिकल बीमांक	श्रीमान्/श्रीमति र आश्रितहरुको नाम	जन्म मिति	नाता (श्रीमान् श्रीमती/ छोरा/छोरी)

_____

रोजगारदाताको हस्ताक्षर र कम्पनीको छाप