

CERT. NO.		ENROLLMENT CARD FOR GROUP INSURANCE						POLICY NO.		
		Sex		Date of Birth						
		M	F	Mo.	Day	Year				
LAST NAME OF APPLICANT		FIRST NAME (in full)			MIDDLE INITIAL					
HOME ADDRESS										
NO. AND STREET				CITY				DIST		
EMPLOYER :								Date Employed		
DESIGNATION : _____ GRADE _____ BASIC SALARY Rs. _____ PER _____								Mo.	Day	Year
NAME OF BENEFICIARY _____ AGE (Yr) _____ RELATIONSHIP _____ ADDRESS _____										
Check Coverage	Life	AD	PTD	PPD	GPA	CI	CMM	For company use only		
Leave Blank								EFF		
								CLASS		
								CODE		
I hereby (1) enroll for group insurance, and (2) certify that the beneficiary designation is true and correct.										
Initial Deduction Rs. _____						Payroll or identification No. _____				
Date Signed: _____						Signature of Employee _____				

प्रमाणपत्र नं.		सामुहिक जीवन बीमाको लागी नामांकनपत्र						बीमालेख नं.		
		लिंग		जन्म मिति						
		पु	म.	गते	महिना	साल				
आवेदकको थर		प्रथम नाम (पुरा)			मध्य नाम					
स्थायी ठेगाना : आवासीय ठेगाना :										
रोजगारदाता :								जागिर शुरु मिति		
पद : _____ तह : _____ आधारभुत तलब रु. _____ प्रति _____								गते	महिना	साल
इच्छाईएको व्यक्तिको नाम _____ उमेर (वर्ष) _____ नाता _____ ठेगाना _____										
समेटने लाभमा चिन्ह लगाउनु होला।	सामुहिक जीवन	दुर्घटना मृत्यु	स्थायी पूर्ण असक्तता	स्थायी आंशिक असक्तता	सामुहिक व्यक्तिगत दुर्घटना	घातक विमारी	प्रमुख औषधोपचार	कम्पनी प्रयोगको लागि		
Leave Blank								लागु हुने :		
								समूह :		
								कोड :		
म (क) सामुहिक जीवन बीमाको लागी नामांकन गर्दछु, र (ख) उल्लेखित इच्छाईएको व्यक्ति सत्य र ठीक भएको प्रमाणित गर्दछु।										
प्रारम्भिक कट्टा रकम रु. _____						परिचय पत्र नं. _____				
हस्ताक्षर गरिएको मिति: _____						कर्मचारीको हस्ताक्षर _____				