



## क्रेस्ट माइक्रो लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

रजिष्टर्ड कार्यालय: विरेन्द्रनगर -६, सुर्खेत

फोन नं ०८३-५९०६२२ (सुर्खेत), ०१-५९१६७४० (ललितपुर), पो.ब.नं ७७३५, इमेल: info@cmlife.com.np  
(कम्पनी ऐन २०६३ अन्तर्गत स्थापित र नेपाल बीमा प्राधिकरणबाट इजाजतपत्र प्राप्त)

PHOTO

प्रस्ताव नं. ....

शाखा कार्यालय : ..... अभिकर्ताको नाम : ..... अभिकर्ता इजाजत पत्र नं. ....

बीमितको नाम, थर : नेपालीमा

अंग्रेजीमा (ENGLISH) :

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

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

धर्म : ..... वैवाहिक अवस्था : ..... शैक्षिक योग्यता : .....

बीमितको पिताको नाम थर : ..... बाजेको नाम थर : .....

टेलिफोन/मोवाइल नं. : ..... इमेल : .....

जन्म मिति : ..... लिंग : पुरुष  महिला  अन्य

पेशा / कार्यलयको नाम र ठेगाना : .....

वार्षिक आमदानी : रु .....

बीमा योजना : **क्रेस्ट लघु म्यादी जीवन बीमा**

बीमा रकम : ..... बीमा अवधि : ..... बीमाशुल्क भुक्तानी अवधि : .....

बीमाशुल्क भुक्तानी तरिका : वार्षिक / एकल

थप सुविधा : दुर्घटना बीमा लाभ  स्थायी पूर्ण अपाङ्गता  किरिया खर्च

इच्छाएको व्यक्तिको पुरा नाम, थर/ नाता :

इच्छाएको व्यक्तिको पिताको नाम, थर :

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

### व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण

बीमितको उचाई : फिट : ..... ईन्च : ..... वजन : .....

के तपाईं धुम्रापान गर्नुहुन्छ ?  गर्छु  गर्दिन

के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ?  गर्छु  गर्दिन

तपाईं हाल लागु पदार्थ प्रयोग गर्नु हुन्छ ?  गर्छु  गर्दिन

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

मिति : ..... बीमितको नाम : ..... बीमितको दस्तखत : .....

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