



आई.एम.ई. लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

FN:001-01

केन्द्रीय कार्यालय : का.म.न.पा २६ हाथवे कम्प्लेक्स, लैनचौर, पो.ब.नं.७४० काठमाण्डौ ।

थप सरलीकृत ग्राहक पहिचान फाराम

(नेपाल बीमा प्राधिकरणको सम्पत्ति शुद्धीकरण, आतङ्ककारी कार्य तथा आम बिनाशकारी हातहतियार निमार्ण वा बिस्तारमा हुने वित्तिय लगानी सम्बन्धी निर्देशन २०८२ को दफा ८ को उपदफा ३ बमोजिम हुने गरि) ।

१. व्यक्तिगत र पारिवारिक विवरण (Personal & Family Details)

- क) प्रस्तावकको पूरा नाम : हालको ठेगाना : सम्पर्क नम्बर :
- ख) वैवाहिक स्थिति : ☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ विधवा / विधुर ☐ अन्य
- ग) आश्रित परिवार सदस्य संख्या : ☐ १ ☐ २-३ ☐ ४ वा बढी

२. पेशा र आय सम्बन्धी विवरण (Occupation & Income Details)

- क) पेशा (Occupation) : ☐ कृषि ☐ तलवी कर्मचारी ☐ व्यापार ☐ वैदेशिक रोजगारी ☐ घरभाडा ☐ स्वरोजगार
☐ विद्यार्थी ☐ अन्य.....
- ख) पेशा संग आवद्ध संस्थाको नाम : ठेगाना :
- ग) वार्षिक आय (Annual Income):
☐ रु. १ लाख भन्दा कम ☐ रु. १-३ लाख ☐ रु. ३-५ लाख ☐ रु. ५-१० लाख ☐ रु. १० लाख भन्दा बढी

३. कर सम्बन्धी विवरण (Tax Residency Details)

- क) के तपाईं नेपाल बाहेक अन्य कुनै देशको करदाता हुनुहुन्छ ? ☐ छु ☐ छैन
यदि "छु" भने :
देशको नाम :
कर पहिचान नं. (Tax Payer Identification Number) :

४. कानुनी/राजनीतिक अवस्था (Legal/Political Status)

- (क) के तपाईं कहिल्यै कुनै अपराधिक क्रियाकलापमा संलग्न हुनुभएको छ ? ☐ छ ☐ छैन
यदि "छ" भने, कृपया उल्लेख गर्नुहोस :
- (ख) के तपाईं वा तपाईंको एकाघर परिवारका सदस्य राजनीतिक (PEP) रुपमा संलग्न हुनु भएको छ ? ☐ छ ☐ छैन
यदि "छ" भने, कृपया उल्लेख गर्नुहोस :
- (ग) के तपाईं कुनै कानुनी विवाद वा मुद्दामा संलग्न हुनुहुन्छ ? ☐ छु ☐ छैन
यदि "छु" भने :
अन्य कुनै जानकारी जुन कम्पनीलाई थाहा हुनु आवश्यक छ :

उद्घोषण

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि माथि उल्लेख गरिएका सबै विवरणहरू सत्य, साँचो र मेरो/हाम्रो ज्ञानअनुसार सही छन्। उपरोक्त आयको आयकर ऐन नियम अन्तर्गत नेपाल सरकारलाई बुझाउनुपर्ने कर चुक्ता गरिसकेको छु र यस सम्बन्धमा कुनै फरक पर्ने छैन। यदि मैले लेखिदिएको व्यहोरा फरक परेमा कम्पनीको नियम तथा प्रचलित कानून बमोजिम सहला बुझाउला भनि मेरो मनोमान राजिखुसीका साथ यो थप ग्राहक पहिचान फाराममा लेखी लेखाई सही छाप गरी दिएको छु। कम्पनीका नियम तथा नेपाल सरकारका प्रचलित कानून अन्तर्गत म/हामी पूर्ण रूपमा उत्तरदायी हुनेछु/हुनेछौं।

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तीको नाम :

हस्ताक्षर :

मोवाईल नम्बर :

पान नम्बर :

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र (क्षेत्रिय/शाखा प्रमुख वा कर्मचारीले भर्ने)

माथि उल्लेखित विषयमा लेखिएका कुराहरूमा कुनै दुबिधा नभएको हुँदा प्रस्ताव फाराम समेत प्राप्त भई मेरो अधिनमा रहेको हुँदा बीमालेख जारी गराई दिनु हुनका लागि सिफारिस गर्दछु।

क्षेत्रिय/शाखा / उप-शाखा प्रमुख वा कर्मचारीको नाम:

हस्ताक्षर :

कार्यालयको
छाप