

प.लि.नं. १०८३/०६५/०६६

प्रधान कार्यालय : पोष्ट बक्स नं. ७४०, हाथवे कम्प्लेक्स, लैनचौर, काठमाण्डौ, नेपाल ।

फोन नं. ०१-४०२४०७९, फ्याक्स नं. ९७७-१-४०२४०७५

ईमेल : info@imelifeinsurance.com, वेबसाईट : www.imelifeinsurance.com

शाखा: ..... प्रस्ताव नं.: ..... मिति: .....

**ग्राहक पहिचान फारम**

सम्पत्ति शुद्धिकरण (एण्टी मनि लाउण्डरिङ्ग) निवारण ऐन, २०६९ बमोजिम पेश गर्नुपर्ने विवरण बारे वित्तिय जानकारी एकाईबाट जारी निर्देशन अनुसार बीमितले बीमा प्रस्तावको साथमा उपलब्ध गराएको विवरण तथा कागजातको आधारमा तयार गरिएको ।

पुरा नाम, थर: श्रीमान/श्रीमती/सुश्री/नाबालक: .....

पुरा नाम, थर (In English:Capital Letter): .....

पति/पत्नीको नाम: ..... जन्म मिति: .....

नागरिकता/पासपोर्ट नं.: ..... जारी मिति: ..... जारी जिल्ला: .....

स्थायी ठेगाना: .....

अस्थायी/हालको ठेगाना: .....

टेलिफोन नं./मोबाईल नं.: ..... ई-मेल: .....

पेशा/व्यवसाय/करोबार तथा आयको श्रोत: ..... वार्षिक आमदानी: .....

(पेशा, व्यवसाय र कार्यालको नाम, कार्यक्षेत्र, नेपाल सरकार वा सरकारी स्वामित्वको निकायमा कार्यरत कर्मचारी भए परिचय पत्रको प्रतिलिपी पेश गर्नुपर्नेछ)

स्थायी लेखा नं. भए सो नम्बर: .....

बैंकको नाम (खाता भएको): ..... शाखा: .....

बैंक खाता नं.: .....

ग्राहकको औटाको छाप	ग्राहकको वर्तमान वासस्थानसम्म नजिकको मूल बाटोबाट पुग्न सकिने नक्सा:
<p>दायाँ</p> <p>बायाँ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 5px;"></div> </div>	<p>उ</p>

**स्वघोषणा:**  
म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौ कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरु सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरुको बारेमा पूर्ण जानकारी छौ र उक्त निर्देशनहरु पूर्ण रुपमा पालना गर्न स्वीकार गर्दछु/गर्दछौ । बीमा सम्बन्धी हाल सम्म भएका र पछि परिवर्तन हुने नियम तथा शर्तहरु पालना गर्न समेत स्वीकार गर्दछु/गर्दछौ । सो नियमहरु पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तैस्रो पक्षलाई कुनै नोक्सान पुग्न गएमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपुर्ति गर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौ । सम्पत्ति शुद्धिकरण ऐन २०६९ बमोजिम म/हामी सम्बन्धि कुनै पनि जानकारी प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानुन वा रितिरीवाजको आधारले कुनै उजुरी गर्ने छैन ।

मिति:..... ग्राहकको हस्ताक्षर

**कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र**

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा: .....

AML Safety सम्बन्धमा: .....

अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए: .....

**प्रमाणीकरण गर्ने कर्मचारीको**

नाम: .....

पद: .....

हस्ताक्षर: .....