



नेशनल लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY LIMITED

केन्द्रीय कार्यालय : का.म.न.पा. लाजिम्पाट, काठमाडौं

बृहत ग्राहक पहिचान फारम

सम्पत्ति शुद्धिकरण (मनि लाउण्डरिङ) निवारण ऐन, २०६४ सँग सम्बन्धित ।

शाखा	प्रस्ताव नं.	मिति
वीमितको व्यक्तिको हकमा		
पूरा नाम, थर		
जन्म मिति		
बाबु/पतिको नाम		
नागरिकता/पासपोर्ट नं. र जारी मिति/जारी जिल्ला		
स्थायी ठेगाना		
अस्थायी ठेगाना		
टेलिफोन नं./मोवाइल नं.		
पेशा, व्यवसाय (ठेगाना सहित)		
वार्षिक आम्दानी/कारोबार		

आय स्रोत विवरण: १) अनुमानित मासिक आम्दानी/कारोबार रकम

२) अनुमानित वार्षिक आम्दानी/कारोबार रकम

पेशा: विद्यार्थी स्वरोजगार व्यवसाय तलवी कर्मचारी कृषि अन्य:.....

स्थायी लेखा नम्बर:


क्र.सं.	संस्थाको नाम	ठेगाना	सम्पर्क नं.	पद	वार्षिक तलव र वार्षिक आय
१					
२					
३					
४					
५					

आम्दानीको अन्य स्रोत:

संघ संस्था, कार्यालय, साभेदारी फर्म आदी भए दर्ता प्रमाण पत्र, साभेदारको परिचय खुलाउने कागजात तथा सो सम्बन्धमा आवश्यक कागजात कार्यालले माग गरे अनुरूप पेश गर्नु पर्नेछ ।

एकाघर पारिवारका सदस्यहरूको विवरण:

क्र.सं.	नाता	पूरा नाम थर	वार्षिक तलव र वार्षिक आय
	पति/पत्नी		
	बाबु		
	आमा		
	बाजे		
	छोरा		
	छोरी		
	बुहारी		
	ससुरा		

ग्राहकको औंठा छाप	ग्राहकको वर्तमान वासस्थानको नक्सा
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>दायाँ</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>बाँया</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	

गैर आवासिय नेपालीको हकमा चाहिने अतिरिक्त कागजातहरू	विदेशी व्यक्तिसंगको बीमा कारोवार भएमा चाहिने अतिरिक्त कागजातहरू
१) रोजगारदाता संस्थासंगको सम्झौतापत्र/नियुक्तिपत्र, २) पासपोर्टको प्रमाणित छाँयाप्रति ३) नेपालको पूरा ठेगाना वा सम्पर्क स्थान	१) म्याद ननाघेको भिसाको प्रमाणित छाँयाप्रति, २) राहदानीको छाँयाप्रति ३) कार्यरत संस्थाको सिफारिस पत्र (कर्मचारी भए), ४) नेपालको पूरा ठेगाना वा सम्पर्क स्थान ।

स्वघोषणा: म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि यहाँ उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन् । म/हामी बीमा गर्दा जारी भएका नियम एवं निर्देशनहरूको बारेमा पूर्ण जानकारी छौं र उक्त निर्देशनहरू पूर्ण रुपमा पालना गर्ने स्वीकार गर्दछु/गर्दछौं । बीमा सम्बन्धी हाल सम्म भएका र पछि परिवर्तन हुने नियम तथा शर्तहरू पालना गर्न समेत स्वीकार गर्दछु/गर्दछौं । सो नियमहरू पालना नगरी उल्लंघन गरेमा र सो कारणले बीमा कम्पनीका ग्राहक वा तेश्रो पक्षलाई कुनै नोक्सान पर्न गएमा म/हामी पूर्ण जिम्मेवार रहदै क्षतिपूर्ति गर्न मंजुर गर्दछु/गर्दछौं ।

मिति :

ग्राहकको हस्ताक्षर

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

रजु गर्ने कर्मचारीको नाम:.....

पद :

मिति:.....

हस्ताक्षर: