



गुराँस लाइफ इन्स्योरेन्स कम्पनी लि.

फारम नं. ४७

Gurans Life Insurance Co. Ltd.

प्रधान कार्यालय: पोष्ट बक्स नं. १९४९९, श्री राज भवन, तिनकुने, काठमाडौं, नेपाल ।  
फोन नं.: ०१-५१९९३१०, फ्याक्स नं.: ९७७-१-५१९९०६१, ईमेल: info@guranslife.com

ग्राहक पहिचान फारम  
(सम्पति शुद्धीकरण ऐन २०६८को दफा ७ संग सम्बन्धित)

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम थर:			ना.प्र. नं.	जन्म मिति	साल	महिना	गते	
बीमा चाहने व्यक्तिको पुरा नाम थर: (प्रस्तावक र बीमित फरक भएमा)			ना.प्र. नं.	जन्म मिति	साल	महिना	गते	
ठेगाना तथा सम्पर्क नं.:	जिल्ला	न.पा./गा.पा.	वडा नं.	टोल/गाउँ	घर नम्बर	इमेल ठेगाना	मोबाईल नं.	टेलिफोन नं.
स्थायी								
अस्थायी								
बहालमा बसेको भए घरधनीको नाम तथा सम्पर्क नं.:								
बाबु वा आमाको विवरण:			नाम:	नागरिकता नं.				
बाजेको नाम:								
पति वा पत्तिको विवरण:			नाम:	नागरिकता नं.				
वार्षिक आम्दानी तथा आयको श्रोत								
अन्य आम्दानीको श्रोत								
परिवार संख्या र उमेर			नाता:					
परिवारमा अन्य आय आर्जन गर्ने व्यक्ति भए उनिहरूको विवरण उल्लेख गर्नुहोस् ।			नाम	नाता	पेशा/आयको श्रोत		वार्षिक आय	
प्रस्ताविक बीमालेखको बीमाङ्क तथा अनुमानित बीमाशुल्क:								
यस भन्दा अगाडी बीमालेख रहे नरहेको, रहेकोभए कम्पनीको नाम, बीमाङ्क तथा बीमाशुल्क उल्लेख गर्नुहोस् ।								
प्रस्तावक बीमा चाहने व्यक्तिको आय श्रोत/नोकरी भएमा		कार्यालयको नाम ठेगाना			पद	सम्पर्क फोन नं. ईमेल ठेगाना		
संघ संस्था, कार्यालय, साभेदारी फर्म आदि भए दर्ता प्रमाण पत्र, साभेदारको परिचय खुलाउने कागजात तथा सो सम्बन्धमा आवश्यक कागजात (कार्यालयले माग गरे अनुरूप) पेश गर्नु पर्नेछ ।								
अभिकर्ताको नाम, ठेगाना तथा फोन नं.								
अन्य केही उल्लेख गर्नु पर्ने भए								
बीमा चाहने व्यक्ति प्रस्तावकको हस्ताक्षर				मिति:	ठेगाना:			
<u>कार्यालयले गर्ने</u>								
ग्राहकको पहिचान सम्बन्धमा:								
AML Safety सम्बन्धमा:								
प्रमाणिकरण गर्ने कर्मचारीको			ग्राहकको बासस्थानसम्म नजिकको मुल बाटोबाट पुग्न सकिने नक्सा					
नाम:	↑ उत्तर							
पद:								
हस्ताक्षर								
अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए								