



हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड HIMALAYAN LIFE INSURANCE LIMITED

कम्पनी दर्ता नं. १००३/०६३/०६४
(कम्पनी ऐन २०६३ र बीमा ऐन २०७९ अन्तर्गत स्थापित)

ग्राहक पहिचान फारम (Know Your Customer)

(सम्पति शुद्धिकरण ऐन २०६४ को दफा ७ सँग सम्बन्धित)

प्रस्तावकको 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: (तल स्थायी/अस्थायी ठेगानामा क्रमश उल्लेख गर्नुहोस्: घर नम्बर, टोल/गाँउ, वडा नं., न.पा., जिल्ला)

स्थायी ठेगाना : प्रदेश:	अञ्चल:	जिल्ला:
म.न.वा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:		वडा नं.:
अस्थायी ठेगाना : प्रदेश:	अञ्चल:	जिल्ला:
म.न.वा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.:		वडा नं.:
बीमा चाहने व्यक्तिको बाबु/आमाको नाम:	ना.प्र.नं.	
बीमा चाहने व्यक्तिको हजुरबुबाको नाम:	ना.प्र.नं.	
बीमा चाहने व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम:	ना.प्र.नं.	
घर बहाल/भाडामा बसेको भए घरघनीको नाम तथा सम्पर्क नं.:		

प्रस्तावक/बीमा चाहने व्यक्ति/परिवारको अन्य सदस्यहरूको आय श्रोत नोकरी भएमा विवरण दिनुहोस्:

नाम	नाता	कार्यालयको नाम, ठेगाना	पद	वार्षिक आम्दानी	स्थायी लेखा नं.	फोन/मोबाईल नं.

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।

बीमा गर्न चाहने व्यक्ति वा निजको एकाघरको परिवार उच्च पदस्थ व्यक्ति वा सोसँग सम्बन्धित हुनुहुन्छ ?

यदि हुनुहुन्छ भने विवरण उल्लेख गर्नुहोस्। राजनितिक कर्मचारी

१) नाम: _____ नाता: _____ २) नाम: _____ नाता: _____

ग्राहकको बासस्थानसम्म नजिकको मुलवाटो बाट पुग्न सकिने नक्शा

↑
उत्तर

नोट: कृपया नक्शामा उल्लेख गर्ने स्थानको नजिकको प्रख्यात ठाउँ जस्तै, कार्यालय, स्कूल, कलेज, पसल, अस्पताल समेत उल्लेख गरिदिनु होला।

स्वघोषणा

म/हामी यो घोषणा गर्दछु/गर्दछौं कि उपरोक्त बमोजिम उपलब्ध गराइएका सूचना तथा कागजातहरू सत्य साँचो हुन्। सम्पति शुद्धिकरण ऐन २०६४ बमोजिम म/हामी सम्बन्धी कुनै पनि जानकारीहरू प्रदान गर्न अक्षितयार दिन्छु/दिन्छौं र त्यस्ता जानकारीहरू प्रकाशमा ल्याउन मनाही गर्ने कानून वा रितिरिवाजको आधारले कुनै उजुरी गर्ने छैन।

बीमा चाहने व्यक्ति/प्रस्तावकको हस्ताक्षर:
मिति: ठेगाना:

दायाँ	बायाँ

औंठा छाप

कार्यालयले भर्ने

ग्राहक पहिचान सम्बन्धमा:

AML Safety सम्बन्धमा:

नाम: पद: हस्ताक्षर:

अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए:

व्यक्तिगत विवरण

१	जीवन बीमा चाहने व्यक्तिको	उचाई	फिट	इन्च	वजन	(के.जि.)
२.	के तपाईं धुमपान गर्नुहुन्छ <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन	के तपाईं मदिरापान गर्नुहुन्छ ?		<input type="checkbox"/> गर्छु	<input type="checkbox"/> गर्दिन	
३.	तपाईं हाल लागुपदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ वा पहिले प्रयोग भएको थियो ?	<input type="checkbox"/> गर्छु	<input type="checkbox"/> गर्दिन			
यदि प्रश्न नं. २ र ३ को उत्तर "गर्छु" छ भने हरेक दिन कुन किसिमको र कति परिमाण खुलाउनुहोस् ।						

४. पारिवारिक विवरण

नाता विवरण	नाम	जीवित (बीमित/प्रस्तावक)		मृतक (बीमित/प्रस्तावक)		
		हालको उमेर	स्वास्थ्यको अवस्था	उमेर (मृत्युको समयमा)	मृत्युको खास कारण	मृत्यु भएको साल
माता						
पिता						
दाजु/भाई						
दिदी/बहिनी						
पति/पत्नी						
बच्चाहरु						

स्वास्थ्य अवस्था सम्बन्धी विवरण

५. (सबै प्रश्नको उत्तर हस्तलिखित रूपमा दिनु पर्नेछ)

- क. के तपाईंलाई उच्च रक्तचाप छ ?
- ख. के तपाईंलाई मधुमेह (हायग्लाइस मेसिटस) छ ?
- ग. के तपाईंलाई मुटुसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- घ. के तपाईंलाई मृगौलासँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- ङ. के तपाईंलाई कलेजोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- च. के तपाईंलाई कुनै प्रकारको ट्युमर वा अर्बुद रोग (क्यान्सर) छ ?
- छ. के तपाईंलाई मस्तिष्कसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- ज. के तपाईंलाई स्नायु प्रणालीसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- झ. के तपाईंलाई खासपखास सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
- ञ. के तपाईंलाई छाला (चर्म) सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
- ट. के तपाईंलाई नाक, कान, घाँटी वा आँखा सम्बन्धी रोग वा समस्या छ ?
- ठ. के तपाईंलाई फोक्सोसँग सम्बन्धित रोग वा समस्या छ ?
- ड. के तपाईंले एक्सरे (X-Ray), ईलेक्ट्रोकार्डियोग्राम (ECG), भिडियो एक्सरे (Ultrasound) तथा रगत जाँच जस्ता परिक्षण गराउनु भएको छ ?
- ढ. के तपाईंले बीमालेख प्रस्ताव गर्नु पूर्व क्यान्सर, हृदयघात, कोरोनरी आर्टरी वाइप्यास गापट, मुटुका भन्ध मर्मत/प्रतिस्थान, कोमा, मृगौला फेलियर, स्ट्रोक, महत्वपूर्ण अंगको पत्यारोपण, पक्षघात, मस्तिष्क स्क्वेरोसिस, पाइमरी पल्मनरी आर्टिरियल हाइपरटेन्सन, अयोर्टा गापट सर्जरी, बेनाइन बेन ट्युमर, दुर्घटनाको कारणबाट मानसिक रोग जस्ता घातक रोग भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिनु भएको छ ? छ भने उक्त सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।
- ण. के तपाईंले एड्स रोग सम्बन्धी कुनै चिकित्सकबाट सल्लाह लिनु भएको वा तत् सम्बन्धी रगत जाँच गराउनु भएको थियो ? यदि थियो भने पूर्ण विवरण दिनुहोस् ।
- त. के तपाईंले विगत २ वर्षको अवधिमा गम्भिर पकृतिको कुनै स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या आई वा कुनै रोगको निदान भई वा दुर्घटनाबाट घाइते भई अस्पतालबाट उपचार सेवा लिनु भएको छ ? छ भने उक्त सम्बन्धी विवरण दिनुहोस् ।

६. बीमित महिला भए मात्र भर्नुपर्ने विवरण :

(क)	के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ ?	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन	यदि भए गर्भ कति महिनाको भयो ?
(ख)	गर्भ पतन वा अन्य असामान्य किसिमको प्रसूति भएको छ ?	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
(ग)	पछिल्लो पटक प्रसूति भएको मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन

म यो घोषणा गर्दछु कि, माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरु मैले जाने बुझ्नेसम्म सत्य रहेका छन् । यदि माथि उल्लेखित विवरणहरु भ्रुट्टा ठहरिएमा वा गलत विवरण बुझाएर बीमकलाई भुल्याएको ठहरिएमा यो करार रद्द हुनेछ भन्ने कुरामा जानकार भई सहमति जनाउँदछु ।

मिति:

ठेगाना:

.....
बीमित/प्रस्तावकको हस्ताक्षर

दायाँ	बायाँ

(निरक्षर भएमा)

हिमालयन लाइफ इन्स्योरेन्स लिमिटेड

प्रधान कार्यालय: मनकामना मार्ग, हात्तीसार, काठमाडौं, फोन नं. ००९७७-०९-५९७००५७, ४४४९४९४
इ-मेल: info@himalayanlife.com.np, वेबसाइट: www.himalayanlife.com.np