

**Know Your Customer Form
 (For entity Customers)**

1. **Name of Entity:** _____ Source of premium amount: _____

2. Registered Address

Ward No.: _____ Village/Tole: _____ Municipality/VDC: _____

District: _____ State: _____ Country: _____

3. Contact Details

Phone No.: _____ Email ID: _____

Fax No.: _____ Website: _____

4. Entity Type

Company Partnership Sole proprietor Club/NGO Co-operative School/Campus INGO

Foreign Company Diplomat/ Embassy Government organization Others, Please specify _____

5. Details and photo of BOD/ Partners/ Executive Committee members (Use separate sheets if the no. is more than 5)

S.N	Name	Designation	Address	Contact No.
1				
2				
3				
4				
5				

1

2

3

4

5

6. Identification Document

Reg No.: _____ Reg Date: _____

Registrar office: _____ PAN/VAT No. : _____

Declaration:

All information furnished above and documents submitted in respect thereof are true and correct. I/We assume full responsibility for any consequences arising out of false declaration. I/We give consent to MetLife to store our Personal Identifiable Information digitally in a secured server and/or cloud base and to use it for its business requirement. I/We undersigned below have an authority to execute the financial transaction for Insurance with MetLife.

Thumb Print

Right

Left

 Authorized signature & Company Seal

Name:

Position: Date:

Note: Additional documents will be requested as per the Anti-Money Laundering regulations.

For MetLife's use only:

Declaration :

I hereby certify that I have personally reviewed the above customer information in line with MetLife's KYC guidelines. The details provided by the customer matches with the documents submitted in respect thereof.

Employee Name: _____

Signature: _____

Position: _____

Date: _____

ग्राहक पहिचान तथा सम्पुष्टी विवरण
(संस्थागत ग्राहकको लागि)

१ संस्थाको नाम : _____ बीमाशुल्कको श्रोत : _____

२ पंजीकृत ठेगाना : _____

वार्ड नं. : _____ टोल/गाउँ : _____ गा.पा./न.पा. : _____

जिल्ला : _____ प्रदेश : _____ देश : _____

३. सम्पर्क विवरण

टेलिफोन नं. : _____ इमेल ठेगाना : _____

फ्याक्स नं. : _____ वेबसाईट : _____

४. संस्थाको प्रकार

- कम्पनी सभेदारी व्यक्तिगत फर्म क्लब/गैरसरकारी संघ/संस्था सहकारी संस्था स्कूल वा क्याम्पस
 अन्तर्राष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था विदेशी कम्पनी राजदूतावास/कुटनीतिक नियोग सरकारी संस्था
 अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) _____

५. सञ्चालक समितिका सदस्यहरु/ साभेदारहरु/ कार्य समितिको पदाधिकारीहरुको विवरण र फोटो (संख्या ५ भन्दा बढी भएमा अर्को पाना प्रयोग गर्नुहोस्।)

स.न	नाम	पद	ठेगाना	सम्पर्क नं.
१.				
२.				
३.				
४.				
५.				

१.

२.

३.

४.

५.

६. पहिचान पत्र

दर्ता नं. : _____ दर्ता मिति : _____

दर्ता गर्ने कार्यलय : _____ स्थायी लेखा/भ्याट नं. : _____

घोषणा :

माथि उल्लेखित विवरणहरु मैले जाने बुझे सम्म सही र सत्य रहेको घोषणा गर्दछु र हाम्रा व्यक्तिगत पहिचानसंग सम्बन्धित सूचनाहरु विद्युतीय रुपमा सुरक्षित सर्वर र/वा क्लाउड वेसमा राख्न तथा व्यवसायिक आवश्यकता अनुसार प्रयोग गर्न मेटलाईफलाई स्वीकृति प्रदान गर्दछु म/हामीलाई मेटलाईफसंग बीमा सम्बन्धमा आर्थिक कारोबार गर्ने अख्तियारी रहेको घोषणा गर्दछु।

औठाको छाप

दायाँ

बायाँ

आधिकारीक दस्तखत र कम्पनीको छाप

नाम : _____

पद : _____ मिति : _____

दायाँ

बायाँ

द्रष्टव्य: थप कागजातहरु सम्पत्ति शुद्धीकरण सम्बन्धी नियमनुसार माग गरिनेछ।

मेटलाईफको प्रयोगको लागि मात्र

घोषणा:

मैले मेटलाईफको KYC Guidelines बमोजिम माथि उल्लेखित ग्राहकको सुचनाहरु पुनरावलोकन गरेको प्रमाणित गर्दछु ग्राहकले पेश गरेको विवरणहरु निजले पेश गरेका लिखितहरूसंग मेल खान्छन्।

कर्मचारीको नाम : _____ दस्तखत : _____

पद : _____ मिति : _____