

अनुलग्नक -के
भाग-1 – अपने ग्राहक को जानिए (केवायसी) आवेदन फॉर्म (गैर वैयक्तिकों के लिए)
[इंटरमीडियरी का नाम और पता (पूर्व मुद्रित)]

फोटोग्राफ
 कृपया पासपोर्ट आकार का नवीनतम
 फोटोग्राफ लगाएं और उस पर हस्ताक्षर
 करें.

कृपया इस फॉर्म को अंग्रेजी में बड़े अक्षरों में भरें.

ए. पहचान विवरण													
1	आवेदक का नाम												
2	निगमन की तारीख											निगमन का स्थान	
3	व्यवसाय आरंभ होने की तारीख												
4	क) पैन											ख) पंजीकरण सं. (यथा सीआईएन)	
5 स्थिति (कृपया किसी एक पर चिन्ह लगाएं)													
	निजी लिमिटेड कंपनी		बैंक		साझेदारी								
	पब्लिक लिमिटेड कंपनी		सरकारी निकाय		एफआई								
	निकाय कॉर्पोरेट		गैर सरकारी संस्थान		एफआईआई								
	ट्रस्ट		रक्षा संस्थान		एचयूएफ								
	दान		सोसायटी		एओपी								
	एनजीओ		एलएलपी		बीओआई								
	अन्य (कृपया स्पष्ट करें)												
बी. पता विवरण													
1	पत्राचार का पता												
		शहर/कस्बा/गांव										पिन कोड	
		राज्य										देश	
2	पत्राचार के पते के लिए प्रस्तुत पता साक्ष्य निर्दिष्ट करें												
3	संपर्क विवरण	टेली (कार्यालय)										टेली (आवास)	
		फैक्स नं										मोबाइल नं.	
		ई-मेल आईडी											
4	पंजीकृत पता (यदि उपर्युक्त से भिन्न है)												
		शहर/कस्बा/गांव										पिन कोड	
		राज्य										देश	
5	पंजीकृत पते के लिए प्रस्तुत पता साक्ष्य निर्दिष्ट करें												

सी. अन्य विवरण	
1	सकल वार्षिक आय विवरण (कृपया स्पष्ट करें): आय रेंज प्रति वर्ष
	रु. 1 लाख से कम
	रु. 1-5 लाख
	रु. 5-10 लाख
	रु. 10-25 लाख
	रु. 25 लाख-1 करोड़
	रु. 1 करोड़ से ज्यादा
2	शुद्ध मालियत
	राशि (रु.) -----
	को (तारीख) -----
	(शुद्ध मालियत 1 वर्ष से पुरानी नहीं होनी चाहिए)
3	प्रवर्तकों/साझेदारों/कर्ता/ ट्रस्टी एवं पूर्णकालिक निदेशकों का नाम, पैन, आवासीय पता और फोटोग्राफ
4	प्रवर्तकों/साझेदारों/कर्ता/ ट्रस्टी एवं पूर्णकालिक निदेशकों का डीआईएन/यूआईडी
5	यदि आपके प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ताओं/प्रवर्तकों/साझेदारों/कर्ता/ ट्रस्टी एवं पूर्णकालिक निदेशकों पर लागू है कृपया चिन्ह लगाएं
	राजनैतिक सक्रिय व्यक्ति (पीईपी)
	राजनैतिक सक्रिय व्यक्ति (पीईपी) से संबंधित
6	कोई अन्य जानकारी
डी. घोषणा	
<p>मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि उपरोक्त उल्लिखित विवरण मेरे/हमारे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही, सत्य और सटीक हैं और मैं/हम आपको वचन देता/देती हूँ/देते हैं कि यदि इनमें कोई परिवर्तन होता है तो इसकी तत्काल सूचना आपको दूंगा/दूंगी/देंगे. यदि इनमें से कोई सूचना गलत या असत्य या भ्रामक या मिथ्या पाई जाती है तो मैं/हम यह जानता/जानती हूँ/जानते हैं कि मुझे/हमे इसके लिए उत्तरदायी ठहराया जाएगा.</p>	
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता (ओं) का नाम एवं हस्ताक्षर	तारीख

केवल कार्यालयीन प्रयोग हेतु	
	(मूल से सत्यापित) प्राप्त दस्तावेजों की अनुप्रमाणित प्रतियां
	(स्व प्रमाणित) प्राप्त स्व प्रमाणित दस्तावेजों की प्रतियां
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर	
तारीख	

गैर-वैयक्तिकों के लिए अपने ग्राहक को जानिए (केवायसी) आवेदन फॉर्म के भागरूप प्रवर्तकों/साझेदारों/कर्ता/ ट्रस्टी एवं पूर्णकालिक निदेशकों के विवरण

क्र. सं.	नाम	आवेदक के साथ संबंध (यथा प्रवर्तक, पूर्णकालिक निदेशक)	पैन	आवासीय/पंजीकृत पता	डीआईएन/यूआईडी	फोटोग्राफ
1						
2						
3						
4						
5						
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता (ओं) का नाम और हस्ताक्षर				तारीख		

Annexure – K

PART I - KNOW YOUR CLIENT (KYC) APPLICATION FORM (For Non-Individuals)

[Name and address of intermediary (pre-printed)]

Photograph

Please affix the recent passport size photograph and sign across it

Please fill this form in ENGLISH and in BLOCK LETTERS

A. IDENTITY DETAILS

1	Name of the Applicant																				
2	Date of incorporation													Place of incorporation							
3	Date of commencement of business																				
4	a) PAN																	b) Registration No. (e.g. CIN)			
5	Status (please tick any one):																				
	<input type="checkbox"/> Private Limited Co.	<input type="checkbox"/> Bank	<input type="checkbox"/> Partnership																		
	<input type="checkbox"/> Public Ltd. Co.	<input type="checkbox"/> Government Body	<input type="checkbox"/> FI																		
	<input type="checkbox"/> Body Corporate	<input type="checkbox"/> Non Government Organization	<input type="checkbox"/> FII																		
	<input type="checkbox"/> Trust	<input type="checkbox"/> Defense Establishment	<input type="checkbox"/> HUF																		
	<input type="checkbox"/> Charities	<input type="checkbox"/> Society	<input type="checkbox"/> AOP																		
	<input type="checkbox"/> NGO's	<input type="checkbox"/> LLP	<input type="checkbox"/> BOI																		
	<input type="checkbox"/> Others (please specify) _____																				

B. ADDRESS DETAILS

1	Correspondence Address																
		City/town/village					PIN Code										
		State					Country										
2	Specify the proof of address submitted for correspondence address																
3	Contact Details	Tel. (Off.)					Tel. (Res.)										
		Fax No.					Mobile No.										
		Email ID															
4	Registered Address (if different from above):																
		City/town/village					PIN Code										
		State					Country										
5	Specify the proof of address submitted for registered address																

C. OTHER DETAILS

1 Gross Annual Income Details (please specify): Income Range per annum

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Below ₹ 1 lac | <input type="checkbox"/> ₹ 10- 25 lac |
| <input type="checkbox"/> ₹ 1- 5 lac | <input type="checkbox"/> ₹ 25 lac- 1 crore |
| <input type="checkbox"/> ₹ 5- 10 lac | <input type="checkbox"/> More than ₹ 1 crore |

2 Networth

Amount (₹) _____

As on (date)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Networth should not be older than 1 year)

3 Name, PAN, residential address and photographs of Promoters/Partners/Karta/Trustees and whole time directors:

if signed as authorized signatory these details are not to be disclosed to any third party

4 DIN/UID of Promoters/Partners/Karta and whole time directors:

5 Please tick, if applicable, for any of your authorized signatories/Promoters/Partners/Karta/Trustees/whole time directors:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Politically Exposed Person (PEP) |
| <input type="checkbox"/> Related to a Politically Exposed Person (PEP) |

6 Any other information

D. DECLARATION

I/We hereby declare that the details furnished above are true and correct to the best of my/our knowledge and belief and I/we undertake to inform you of any changes therein, immediately. In case any of the above information is found to be false or untrue or misleading or misrepresenting, I am/we are aware that I/we may be held liable for it.

Name & Signature of the Authorised Signatory(ies)

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FOR OFFICE USE ONLY

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> (Originals verified) True copies of documents received |
| <input type="checkbox"/> (Self-Attested) Self Certified Document copies received |

Signature of the Authorised Signatory

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seal/Stamp of the intermediary

