

CLIENT FAMILIARITY INDEX (CFI)



RSA PEN (if applicable)

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

1. PERSONAL DETAILS

CLIENT NAME

SURNAME

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

FIRSTNAME

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

OTHER NAME

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

DATE OF BIRTH **PLACE OF BIRTH**

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y										
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NATIONALITY **STATE OF ORIGIN**

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

CURRENT HOME ADDRESS

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

PERMANENT HOME ADDRESS

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

TELEPHONE NUMBER (international format Landline and mobile)

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

MOBILE NUMBER

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

EMAIL ADDRESS

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

FORMER NAME SURNAME

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

FIRSTNAME

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

OTHER NAME

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

GENDER: MALE FEMALE
MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED DIVORCED

LOCAL GOVERNMENT AREA

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

POSTAL ADDRESS

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

PROPOSED ADDRESS AFTER RETIREMENT (IF KNOWN)

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

2. NEXT OF KIM DETAILS

SURNAME

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

FIRSTNAME

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

TELEPHONE NUMBER (international format Landline and mobile)

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

MOBILE NUMBER

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

EMAIL ADDRESS

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

OTHER NAME

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

RELATIONSHIP
 SON DAUGHTER WIFE BROTHER SISTER

OTHERS **SPECIFY**

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

3. BENEFICIARY DETAILS (i.e. the person to be paid in the event of the client's death)

SURNAME

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

FIRSTNAME

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

OTHER NAME

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

3. EMPLOYER DETAILS (Address of Place of business if self employed)

PREVIOUS EMPLOYER NAME & ADDRESS

EMPLOYER NAME

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

EMPLOYER ADDRESS

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

CURRENT EMPLOYER NAME & ADDRESS

EMPLOYER NAME

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

EMPLOYER ADDRESS

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

4. EMPLOYEE DETAILS (fill this session carefully)

PUBLIC SECTOR EMPLOYEES

SALARY SCALE

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

GRADE LEVEL & STEP

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

TOTAL ANNUAL EMOLUMENT

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

BASIC SALARY

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

TRANSPORT

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

HOUSING ALLOWANCES

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

RATE OF CONTRIBUTION

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

PRIVATE SECTOR EMPLOYEES

JOB TITLE

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

RATE OF CONTRIBUTIONS (EMPLOYER/EMPLOYEE CONTRIBUTIONS)

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

TOTAL EMOLUMENT

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

ADDITIONAL VOLUNTARY CONTRIBUTIONS (IF ANY):

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

CLIENT'S SIGNATURE _____

DATE _____

5. BIOMETRIC (electronic biometric certification (capture) of the 10 finger prints of clients)

--	--	--	--	--

LEFT HAND FINGER PRINTS

--	--	--	--	--

RIGHT HAND FINGER PRINTS

CLIENT'S SIGNATURE _____

DATE _____

6. REQUIREMENTS (client is expected to attach the following documents as listed below)

A. Client to attach proof of address which can be any of the following:

- Utility bill within the past three months.
- Valid Drivers License (not expired).
- Recent Tenancy Agreements.
- Voters card.
- National ID card.
- Active Bank Statement (within the past 3 months) containing current address.

B. Client to attach a copy of current Personal identification document which can be any of the following:

- Bio data page of current international passport.
- Official/Company Identification card.
- Drivers License.
- National Identity Card.

C. Client to attach recent passport sized photograph

taken within the last six months and with white background (the name and signature of the client should be indicated at the back of the photograph).

D. Clients to append their signature on the CFI to enable the PFA authenticate with the signature of the Client on its database.

OFFICIAL USE ONLY

STAFF / SALES AGENT	TITLE (KINDLY TICK THE BOX BELOW) MR <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> MISS <input type="checkbox"/>	DESIGNATION <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
SURNAME <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	FIRSTNAME <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	

SIGNATURE _____

DATE _____