प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

बीमाकर्ता का नाम | योजना का नाम | बैंक/पोस्ट ऑफिस का नाम ________

Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana

FEDERAL BANK
YOUR PERFECT BANKING PARTNER

सहमति सह घोषणा पत्र

मैं एतदद्वारा 'प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना' का सदस्य बनने के लिए (बीमाकर्ता का नाम) - - - - - - - - - - मास्टर पॉलिसी नंबर - - - (पूर्व मुद्रण हेतु) जो कि आपके बैंक/पोस्ट ऑफिस द्वारा प्रशासित किया जाएगा ।

मैं एतदद्वारा आपको आपकी शाखा के मेरे खाते से रुपए 20/- (रुपए बीस मात्र) पीएमएसबीवाई (दुर्घटना के कारण मृत्यु या स्थायी विकलांगता के मामले में देय दावा) के तहत रुपए 2 लाख के प्रीमियम की कटौती हेतु अधिकृत करता हूँ । मैं आपको भविष्य में हर वर्ष 25 मई से 1 जून तक रु 20/- या समय समय पर तय की गई कोई भी राशि , अग्रिम निर्देशों तक , कटौती करने के लिए अधिकृत करता हूँ , जिसे योजना के तहत आवरण के नवीनीकरण की दिशा में संशोधित होने पर तत्काल सूचित किया जा सकता है ।

मैंने किसी अन्य बैंक/पोस्ट ऑफिस को इस योजना के संबंध में प्रीमियम कटौती करने के लिए अधिकृत नहीं किया है।मुझे पता है कि मेरे द्वारा योजना के लिए एकाधिक नामांकन के मामले में, मेरा बीमा आवरण केवल रु.दो लाख ही होगा और एकाधिक नामांकन के लिए मेरे द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम जब्त हो जाएगा।

मैंने योजना के नियमों को पढ़ और समझ लिया है और मैं इस योजना का सदस्य बनने के लिए अपनी सहमति देता हूं। मैं बैंक/पोस्ट ऑफिस को समूह बीमा योजना मे अपने प्रवेश के संबंध मे नीचे दिए गए व्यक्तिगत विवरण (बीमाकर्ता का नाम) - - - - से साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ ।

टिप्पणी :

@**बीमा आवरण** : दुर्घटना के कारण आशक्तता एवं मृत्यु होने पर 2 लाख रु का दावा देय

स्थायी आंशिक आशक्तता की स्थिति एक लाख रुपए का दावा देय

$ स्थायी आशक्तता का अर्थ है : निम्न में से कोई -

स्थायी पूर्ण अशक्तता - दोनों आँखों की पूर्ण और अपूर्णीय क्षति या दोनों हाथों या दोनों पाँवों के उपयोग की हानि अथवा एक आँख की दृष्टि की हानि या एक हाथ या एक पैर के उपयोग की हानि ;

स्थायी आंशिक अशक्तता : एक आँख की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या एक हाथ या एक पैर के उपयोग की हानि ;

दुर्घटना का अर्थ है : बाहय हिंसक और दृश्य साधनों के कारण होने वाली अचानक, अप्रत्याशित और अनैच्छिक घटना;

जोखिम आवरण ग्राहक के खाते से प्रीमियम के ऑटो डेबिट की तिथि से शुरू होगा।

खाताधारक का नाम**		पिता/पति का नाम**	
खाताधारक का पता		शहर/नगर/ग्राम का नाम	
जिले का नाम		राज्य का नाम	
पिन कोड		खाताधारक का मोबाइल नंबर	
बैंक/डाकघर खाता संख्या **		बैंक शाखा की आईएफ़एससी संख्या **	
जमा किए गए केवाईसी प्रपत्र का नाम		केवाईसी आईडी नंबर	
पैन नंबर, यदि उपलब्ध हो**		आधार नंबर, यदि उपलब्ध हो**	
जन्मतिथि**		ई-मेल आईडी **	
क्या किसी अशक्तता से ग्रसित हैं?		यदि हाँ,तो विवरण दें	
नामिनी का नाम एवं पता		नामिनी की जन्मतिथि	
		खाताधारक से नामिनी का संबंध	
संरक्षक/नियुक्त व्यक्ति का नाम एवं पता (यदि नामिती अवयस्क है)		संरक्षक/नियुक्त व्यक्ति का नामिती से संबंध	
नामिती का मोबाइल नंबर		संरक्षक/नियुक्त व्यक्ति का मोबाइल नंबर	
नामिती की ई-मेल आईडी		संरक्षक/नियुक्त व्यक्तिकी ई-मेल आईडी	

मैं एतद्द्वारा अपनी पहचान के प्रमाण (केवाईसी*) की एक प्रति संलग्न करता हूँ तथा इस

योजना मे उपरोक्तानुसार अपना नामिती नियुक्त करता हूँ । नामिती अवयस्क होने के कारण उसके अभिभावक को उपरोक्तानुसार नियुक्त किया जाता है।

*आधार कार्ड या चुनावी फोटो पहचान पत्र (ईपीआईसी) या मनरेगा कार्ड या ड्राइविंग लाइंसेस या पेन कार्ड या पासपोर्ट;
मैं एतद्द्वारा घोषित करता /करती हूँ कि उपरोक्त कथन सभी प्रकार से सत्य हैं तथा मैं सहमत हूँ और घोषणा करता हूँ कि
उपरोक्त जानकारी उक्त योजना मे प्रवेश का आधार होगी तथा यदि कोई जानकारी असत्य पाई जाती है तो योजना मे मेरी सदस्यता को रद्द माना जाएगा ।

दिनांक: हस्ताक्षर:

**पुष्टि की जाती है कि आवेदक के विवरण और हस्ताक्षर इस बैंक / पोस्ट ऑफिस के पास उपलब्ध रिकार्ड से सत्यापित किए गए हैं । (आवेदक द्वारा जमा किए गए केवाईसी दस्तावेज़*, यदि यह बैंक / पोस्ट ऑफिस के पास उपलब्ध नहीं है)

बैंक / पोस्ट ऑफिस अधिकारी के हस्ताक्षर

दिनांक :

बैंक / पोस्ट ऑफिस की शाखा के नाम और कोड सहित रबड़ स्टैम्प

कार्यालय उपयोग हेतु

अभिकर्ता/बैंक प्रतिनिधि (बीसी)का नाम		एजेंसी/बीसी कोड नंबर	
एजेंट/बीसी का बैंक खाता विवरण		एजेंट/बीसी के हस्ताक्षर	

पावती सह बीमा प्रमाणपत्र

हम एतदद्वारा श्री / सुश्री ______________________________ आधार नंबर ___________________ बैंक /पोस्ट ऑफिस खाता संख्या के धारक को, प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना में शामिल होने के लिए निर्दिष्ट बैक / पोस्ट ऑफिस के खाते से मास्टर पॉलिसी नंबर

_____________________________बीमाकर्ता ______________________ आवरण के लिए वांछित प्रीमियम को ऑटो डेबिट करने हेतु अधिकृत करते हैं बशर्ते कि यह पात्रता के संबंध में प्रदत्त जानकारी की सत्यता और प्रीमियम राशि की प्राप्ति के अधीन है ।

दिनांक : बैंक /पोस्ट ऑफिस के अधिकृत

अधिकारी के हस्ताक्षर कार्यालय की

मोहर