

PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA

ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ।

NAME OF INSURER/NAME OF BANK / POST OFFICE

ਬੀਮਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ/ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ/ ਡਾਕਖਾਨੇ ਦਾ ਨਾਮ।



**Pradhan Mantri
Suraksha Bima Yojana**



CONSENT-CUM-DECLARATION FORM

I hereby give my consent to become a member of 'Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana' of (Name of Insurer) which will be administered by your Bank / Post Office under Master Policy No. (To be pre-printed)

ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ----- (ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ) ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਜੋ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ----- ਦੇ ਅਧੀਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ/ਡਾਕਖਾਨੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ (ਪਹਿਲਾਂ ਛਪਣ ਲਈ)।

I hereby authorize you to debit my Account with your Branch with Rs.20/- (Rupees twenty only), towards premium of accidental insurance cover[@] of Rs two lakhs under PMSBY (claim payable in case of death or permanent disability[#] due to accident^{\$}). I further authorize you to deduct in future after 25th May and not later than on 1st of June every year until further instructions, an amount of Rs.20/- (Rupees twenty only), or any amount as decided from time to time, which may be intimated immediately if and when revised, towards renewal of coverage under the scheme.

ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੀ.ਐਮ.ਐਸ.ਬੀ.ਵਾਈ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦੋ ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੇ ਦੁਰਘਟਨਾ ਬੀਮਾ ਕਵਰ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਲਈ 20/- ਰੁਪਏ (ਸਿਰਫ ਵੀਹ ਰੁਪਏ) ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਾਖਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਡੈਬਿਟ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ 25 ਮਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਤੇ ਹਰ ਸਾਲ 1 ਜੂਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਅਗਲੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਤੱਕ 20/- ਰੁਪਏ (ਸਿਰਫ ਵੀਹ ਰੁਪਏ), ਜਾਂ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਤੇ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਰਕਮ, ਕਟੌਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਜੋ ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਲਈ ਜੇਕਰ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਸੋਧਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

I have not authorized any other Bank / Post Office to debit premium in respect of this scheme. I am aware that in case of multiple enrolments for the scheme by me, my insurance cover will be restricted to Rs.two lakhs only and the premium paid by me for multiple enrolments shall be liable to be forfeited.

ਮੈਂ ਇਸ ਸਕੀਮ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਡੈਬਿਟ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬੈਂਕ/ਡਾਕਖਾਨੇ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਸਕੀਮ ਲਈ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਾਮਾਕਣਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਮੇਰਾ ਬੀਮਾ ਕਵਰ ਕੇਵਲ ਦੋ ਲੱਖ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਰਹੇਗਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਾਮਾਕਣਾਂ ਲਈ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਅਦਾ ਕੀਤਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਜਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜੁੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।

I have read and understood the Scheme rules and I hereby give my consent to become a member of the Scheme.

ਮੈਂ ਸਕੀਮ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ, ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸਕੀਮ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

I authorize the Bank /Post Office to convey my personal details, given below, as required, regarding my admission into the group insurance scheme to (Name of Insurer)

ਮੈਂ ਬੈਂਕ/ਡਾਕਖਾਨੇ ਨੂੰ ਸਮੂਹ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ, ਠੇਠਾ ਦਿੱਤੇ ਮੇਰੇ ਨਿੱਜੀ ਵੇਰਵਿਆਂ ਨੂੰ ----- (ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ) ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:

Notes:

@ Insurance cover:

Claim of Rs two lakhs payable in case of total disability or death due to accident

Claim of Rs one lakh payable in case of permanent partial disability

\$ **Permanent Disability** means any of the following:

- Permanent total disability-Total and irrecoverable loss of both eyes or loss of use of both hands or feet or loss of sight of one eye and loss of use of one hand or foot
- Permanent partial disability-Total and irrecoverable loss of sight of one eye or loss of use of one hand or foot

Accident means a sudden, unforeseen and involuntary event caused by external, violent and visible means.

@ ਬੀਮਾ ਕਵਰ

ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਨ ਕੁੱਲ ਅਪੰਗਤਾ ਜਾਂ ਮੌਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਦੋ ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦਾ ਕਲੇਮ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਗ ਹੈ।

ਸਥਾਈ ਅੰਸ਼ਕ ਅਪੰਗਤਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਮੌਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਗ ਹੈ।

ਸਥਾਈ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਹੇਝਾ ਦਿੱਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ:

- ਸਥਾਈ ਕੁੱਲ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੇਨਾਂ ਅੱਖਾਂ ਦਾ ਕੁੱਲ ਅਤੇ ਅਪ੍ਰਤੱਖ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ ਹੱਥਾਂ ਜਾਂ ਪੈਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਹੱਥ ਜਾਂ ਪੈਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ।
- ਸਥਾਈ ਅੰਸ਼ਕ ਅਪਾਹਜਤਾ ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਦਾ ਕੁੱਲ ਅਤੇ ਅਪ੍ਰਤੱਖ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਇੱਕ ਹੱਥ ਜਾਂ ਪੈਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ।

ਰਿਸਕ ਕਵਰ ਸਬਸਕ੍ਰਾਈਬਰ ਦੇ ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੇ ਆਟੋਡੈਬਿਟ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ।

Risk cover will start from the date of auto-debit of premium from the account of the

Name of the account holder**		Father's / husband's name**	
Address of the account holder		Name of City / town / village	
Name of District		Name of State	
Pin Code		Mobile number of account holder	
Bank / Post Office Account No.**		IFSC Code of Bank Branch**	
Name of the KYC *document submitted		KYC*Id number	
PAN Number, if available**		AADHAAR Number, if available**	
Date of birth **		E-mail Id**	
Whether suffering from any disability		If yes, details thereof	
Name and address of nominee		Date of Birth of nominee	
		Relationship of nominee with the account holder	
Name and address of Guardian / appointee (if nominee is minor)		Relationship of the guardian / appointee with the nominee	
Mobile number of nominee		Mobile number of guardian / appointee	
Email id of nominee		Email id of guardian / appointee	

subscriber.

I hereby enclose a copy of my -----as proof of my identity (KYC*) and nominate my nominee as above under this scheme. Nominee being minor, his / her guardian is appointed as above.

ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਬਾਹਰੀ, ਹਿੰਸਕ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੱਖ ਸਾਧਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵਾਪਰੀ ਅਚਾਨਕ, ਅਣਕਿਆਸੀ ਅਤੇ ਅਣਇੱਛਤ ਘਟਨਾ।

ਰਿਸਕ ਕਵਰ ਸਬਸਕ੍ਰਾਈਬਰ ਦੇ ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੇ ਆਟੋਡੈਬਿਟ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ

ਖਾਤਾਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ		ਪਿਤਾ/ਪਤੀ ਦਾ ਨਾਮ	
ਖਾਤਾਧਾਰਕ ਦਾ ਪਤਾ **		ਸਹਿਰ/ਕਸਬਾ/ਪਿੰਡ ਦਾ ਨਾਮ।	
ਜਿਲ੍ਹੇ ਦਾ ਨਾਮ		ਰਾਜ ਦਾ ਨਾਮ	
ਪਿਨ ਕੋਡ		ਖਾਤਾਧਾਰਕ ਦਾ ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ	
ਬੈਂਕ/ਡਾਕਖਾਨੇ ਦਾ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ **		ਬੈਂਕ ਦੀ ਬਰਾਂਚ ਦਾ ਆਈ.ਐਫ.ਸੀ ਕੋਡ ਨੰਬਰ **	
ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ ਦਾ ਨਾਮ *ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ।		ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ * ਆਈ.ਡੀ ਨੰਬਰ।	
ਪੈਨ ਨੰਬਰ ਜੇਕਰ ਮੌਜੂਦ ਹੈ ** **		ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ ਜੇਕਰ ਮੌਜੂਦ ਹੈ **	
ਜਨਮ ਮਿਤੀ		ਈਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ **	
ਕੀ ਕਿਸੇ ਅਪਾਹਜਤਾ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹੈ।		ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਉਸਦੇ ਵੇਰਵੇ।	
ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਤੇ ਪਤਾ		ਨਾਮਜਦ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ	
		ਖਾਤਾਧਾਰਕ ਨਾਲ ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ।	
ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਨਾਮਜਦ ਕੀਤਾ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ)।		ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ।	
ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ		ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ।	
ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ		ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ	

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ (ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ) ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਆਪਣੀ ----- ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਸਕੀਮ ਅਧੀਨ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੇ ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਮਜਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਬਾਲਗ ਹੋਣ ਕਰਕੇ, ਉਸਦਾ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਉਪਰੋਕਤ ਅਨੁਸਾਰ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Date: _____
ਨੋਟ

Signature

* Either of AADHAAR card or Electoral Photo Identity Card (EPIC) or MGNREGA card or Driving License or PAN card or Passport
*ਜਾਂ ਤਾਂ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟੋਰਲ ਫੋਟੋ ਪਹਿਚਾਣ ਦਾ ਕਾਰਡ(ਈ.ਪੀ.ਆਈ.ਸੀ) ਜਾਂ ਮਨਰੇਗਾ ਜਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ ਜਾਂ ਪੈਨ ਕਾਰਡ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ।

I hereby declare that the above statements are true in all respects and that I agree and declare that the above information shall form the basis of admission to the above scheme and that if any information be found untrue, my membership to the scheme shall be treated as cancelled.

ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਤੱਥ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਸਹੀ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਪਰੋਕਤ ਸਕੀਮ ਵਿਚ ਦਾਖਲੇ ਦਾ ਆਧਾਰ ਬਣੇਗੀ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਝੂਠੀ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੀਮ ਲਈ ਮੇਰੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਨੂੰ ਰੱਦ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਮਿਤੀ-----

ਦਸਤਖਤ

**Confirmed that the applicant's details and signature have been verified from the records available with this Bank / Post Office (or KYC document submitted* by the applicant, in case it is not available with the bank / Post Office).

Signature of the Bank / Post Office Official

Date:

(Rubber Stamp with bank /Post office branch name and code)

For Office Use

Name of Agent/ Banking Correspondent's(BC)		Agency/BC Code No.	
Bank A/c details of Agent/BC		Signature of Agent/BC	

** ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤਾਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਇਸ ਬੈਂਕ/ਡਾਕਘਰ ਕੋਲ ਉਪਲਬਧ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ (ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਕੇ.ਵਾਈ.ਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾ *, ਜੇਕਰ ਇਹ ਬੈਂਕ /ਡਾਕਘਰ ਕੋਲ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਬੈਂਕ/ਡਾਕਘਰ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਦਸਖਤ।

ਮਿਤੀ:

(ਰਬੜ ਸਟੈਂਪ ਬੈਂਕ /ਡਾਕਘਰ, ਬਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ।

ਦਫ਼ਤਰੀ ਵਰਤੋ ਲਈ।

ਏਜੰਟ ਦਾ ਨਾਮ/ ਬੈਂਕਿੰਗ ਕੋਰਸਪੋਂਡੈਂਟ (ਬੀ.ਸੀ)		ਏਜੰਸੀ/ਬੀ.ਸੀ ਕੋਡ ਨੰਬਰ	
ਏਜੰਟ/ਬੀ.ਸੀ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ।		ਏਜੰਟ/ਬੀ.ਸੀ ਦੇ ਦਸਖਤ।	

ACKNOWLEDGEMENT SLIP CUM CERTIFICATE OF INSURANCE

We hereby acknowledge receipt of "Consent-cum-Declaration Form" from Shri / Ms..... holding Bank /Post Office Account No..... consenting and authorizing auto-debit from the specified Bank /Post Office account to join the Pradhan Mantri SurakshaBima Yojana with ----- (Name of the Insurer) for cover under Master Policy No....., subject to correctness of information provided regarding eligibility and receipt of consideration amount.

Signature of authorised official of Bank / Post Office

Date:

Office Seal

ਬੀਮੇ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਲਈ ਸਲਿੱਪ- ਕਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ----- ਹੋਲਡਿੰਗ ਬੈਂਕ/ਪੋਸਟ ਆਫਿਸ
ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ -----ਤੋਂ (ਸਹਿਮਤੀ-ਕਮ- ਘੋਸ਼ਣਾ ਫਾਰਮ) ਦੀ ਰਸੀਦ ਨੂੰ
ਸਵੀਕਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ:----- ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਲਈ ,ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਬੀਮਾ
ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ -----(ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ) ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਨਿਰਧਾਰਤ
ਬੈਂਕ /ਪੋਸਟ ਆਫਿਸ ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਆਟੋ-ਕਰੈਡਿਟ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਬਸ਼ਰਤੇ ਯੋਗਤਾ
ਦੇ ਸਬੰਧੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੇ ਅਤੇ ਜਰੂਰੀ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੇ।

ਬੈਂਕ/ਡਾਕਖਾਨੇ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ।

ਮਿਤੀ

ਦਫ਼ਤਰ ਦੀ ਮੋਹਰ