



प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना

Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana

संमती पत्र / घोषणा फॉर्म

(ठरविलेल्या “नोंदणी काळात” योजनेत सामील होणाऱ्या सभासदांनी भरावा)

एजन्सी / बैंक मित्र नाव / कोड

बचत खाते क्रमांक

योजनेत सहभागी होण्याचा दिनांक : १ जन / जुलै / ऑगस्ट / सप्टेंबर 2015

१. संपूर्ण नाव :	५. मोबाइल / संपर्क क्रमांक :
२. पत्ता <hr/> <hr/>	६. आधार क्रमांक (उपलब्ध असल्यास)
३. जन्मतारीख (KYC त सामील असलेली) (dd/mm/yyyy)	७. कोणत्याही प्रकारचे अपंगत्व आहे काय? _____ असल्यास तपशील _____
४. ईमेल ID :	८. नामांकन धारकाचे नाव, पत्ता व नाते (असल्यास) <hr/>
९. नामांकित व्यक्ती अजान असेल तर पालकाचे नाव :	

“प्रधानमन्त्री सरका विमा योजना” यासाठी वरील बँक ही मास्टर पॉलिसी धारक म्हणून काम करणार आहे. या योजनेत सहभागी होण्यासाठी भी संमती देत आहे.

मी तुम्हाला आपल्या शाखेत असणाऱ्या माझ्या बचत खात्यातून रुपये १२ अधिक सेवा कर (लागू असल्यास) काढून घेवून दर वर्षी ३१ मे अगोदर सदर विमा योजनेत नावे टाकण्यास अधिकृत करीत आहे. वेळोवेळी मला जसे कळविले / सांगितले जाईल तसे रुपये १२ किंवा जर योजनेत बदल झाल्यास सुधारित रक्कम, तम्ही नावे टाक शक्ता. (यात लागू नसलेले वाक्य तम्ही खोड शक्ता)

माझ्या मृत्यू पश्चात योजनेचे सर्व कायदे भिळावेत यासाठी भी वर सांगितल्या प्रमाणे माझा वारस नामांकित करत आहे. जर माझ्या मृत्यू समयी नामांकन धारक वारस अनाही / १८ वर्षे व्याध्या खाली असेल तर त्याच्या कायदेशीर पालकाला वीरील फायदे भिळावेत.

मी असे जाहीर करतो की मी प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेत ॲन्ड कोणत्याही बँकेच्या खात्या मार्फत सहभागी झालेलो नाही. असे आठकल्यास माझे प्रीमियम जप्त करावे व त्यापासन मला योजनेचा कायदा मिळ नये.

मी मान्य करतो की . योजनेत सहभागी डाल्याच्या दिवसाच्या पट्टील महिन्याच्या एक तारखे पासव मला विमा संरक्षण प्राप्त होईल.

માસ્ટર પોલિસી સરુ ઝાત્યા નંતર મી યોજનેત સહભાગી ડાલો તરી પર્ણ વાર્ષિક હપ્તા ભરણયાદે મી માન્ય કરત આહે.

मी मान्य करतो की, जो पर्यंत मी विन्याये हप्ते वेळो वेळी भरत आहे व नूतनीकरणाच्या समयी 70 वर्ष पूर्ण करत आहे तोपर्यंत या योजनेत माझा सहभाग राहील.

मी मान्य करतो की मी योजनेचे सर्व नियम अणि कायदे यांचे पालन करेन. प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेत सहभागी होण्यासाठी आवश्यक असल्याप्रमाणे दिसावून कंपनीचे नाव टाकावे) यांना माझा दैवतिक तपशील कळविण्यासाठी मी मान्यता देत आहे.

वरील सर्व विधाने ही सर्व बाबतीत सत्य असल्याचे मी घोषित करतो. वरील माहिती ही माझ्या या योजनेत सहभागी होण्याचा आधार आहे. वरील माहितीत असत्यात आढळल्यास या योजनेतील माझा सहभाग संपूर्णत येईल यास मी मान्यता देत आहे.

१८

खाते धारकाची स्वाक्षरी

प्रमाणित हस्ताक्षर

(शाखेतील बँक अधिकारी)

पावती (अनजेय) आणि विमा संरक्षणाचा दाखला

प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजने अंतर्गत बचत खात्यातून परस्पर रक्कम वळती करण्यासाठी संमती व अधिकार देण्याचा फॉर्म श्री / श्रीमती
 बचत खाते क. आधार क. (असल्यास) शांदेकडी

मिळाला. सदर योजने अंतर्गत विमा संरक्षण न्यु इंडिया एश्योरन्स कंपनी लि. (विमा कंपनीचे नाव) मास्टर पॉलिसी क्र. गांधीजी मंगऱ्यान भमन विमा मंगऱ्यान वील मादिनीच्या मत्यातेवर / प्रातेवर भवतंदून गडील

ग्रांडेटी संकरन अमृत विमा संग्रहण कील मादिनीच्या मत्तवेत्र / प्रत्यवेत्र भवत्कंबल गडील

अधिकृत अधिकारी सांगली अर्बन को-ऑप बँक लि ; सांगली. शारखा



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

प्रधान मंत्री जीवन ज्योती विमा योजना



संमती पत्र / घोषणा फॉर्म

(ठरविलेल्या "नोंदणी काळात" योजनेत सामील होण्याचा संवासदांडी भरवा)

सांगली अर्बन बँक



कार्यालयीन उपयोगासाठी

प्रतिनिधी / बँक मित्र नाव -		प्रतिनिधी / बँक मित्र कोड क्र.	
प्रतिनिधी / बँक मित्र बँक खाते तपशील			
प्रतिनिधी / बँक मित्र सही			

भारतीय आयुर्विमा महामंडळाची "प्रधान मंत्री जीवन ज्योती विमा योजना" मास्टर पॉलिसी क्र. _____ (पूर्व मुद्रित करणे) आपल्या बैंकमार्फत प्रशासित केली जाणार आहे. या योजनेचा सदस्य बनण्यास मी मान्यता देत आहे.

प्रधान मंत्री जीवन ज्योती विमा योजने अंतर्गत उपलब्ध असलेल्या जीवन संरक्षणाच्या हन्त्यापोटी आपल्या शाखेत असलेल्या माझ्या बचत खात्यात रु. 330/- (रु. तीनशे तीस फक्त) अधिक सेवा कर (लागू असल्यास) नावे टाकण्यास मी आपल्याला अधिकार देत आहे. भविष्य काळात, पुढील सूचना देण्यात येईपर्यंत, संरक्षणाच्या नूतनीकरणासाठी, दर वर्षी २५ मे ते १ जून या कालावधीत माझ्या बचत खात्यात रु. 330/- (रु. तीनशे तीस फक्त) अधिक सेवा कर (लागू असल्यास) किंवा वेळेवेळी ठरविण्यात येईल ती कोणतीही सुधारणा झाल्यास होणारी रक्कम, नावे टाकण्यासही मी आपल्याला अधिकार देत आहे.

मी दुसऱ्या कोणत्याही बैंकस या योजनेशी संबंधित विमा हप्ता नावे टाकण्यास अधिकार दिलेले नाहीत. माझा मृत्यू झाल्यास माझे जीवन विमा संरक्षण रु. २,००,०००/- पर्यंतच मर्यादित राहील याची मला कल्पना आहे.

योजनेचे नियम मी वाचले असून ते मला समजले आहेत व या द्वारे मी योजनेचा सदस्य होण्यास संमती देत आहे.

समूह विमा योजनेत सहभागी होण्यासाठी आवश्यक असलेला माझा वैयक्तिक तपशील भारतीय आयुर्विमा महामंडळास कलविण्यासाठी मी बैंकस अधिकार देत आहे.

बैंकच्या / आपला ग्राहक जाणा (K.Y.C.) च्या अभिलेखाप्रमाणे आवेदकाचा तपशील

बैंकच्या अभिलेखाप्रमाणे खातेदाराचे नाव		
बचत खाते क्र.		आधार क्र. (असल्यास)
ई मेल -		मोबाइल क्र.
नामांकन धारकाचे नाव, पत्ता आणि नाते (असल्यास)		पालकाचे नाव व पत्ता (नामांकन धारक असान असल्यास)
जन्म तारीख		पत्ता

या योजने अंतर्गत मी वर उल्लेख केल्या प्रमाणे नामांकन करत आहे.

नामांकन धारक असान असल्याने वर उल्लेख केल्याप्रमाणे पालकाची नियुक्ती करण्यात येत आहे.

वरील सर्व विधाने ही सर्व बाबतीत सत्य असल्याचे मी घोषित करतो. वरील माहिती ही माझ्या या योजनेत सहभागी होण्याचा आधार आहे. वरील माहितीत असत्यता आढळल्यास या योजनेतील माझा सहभाग संपुष्टात येईल यास मी मान्यता देत आहे.

तारीख :

सही _____

पत्ता _____

स्वाक्षरी साक्षात्कित

प्राधिकृत अधिकारी (बैंकच्या शाखेचे नाव व कोड क्र. असलेला रवरी शिक्का)

पावती (अनुज्ञेय) आणि विमा संरक्षणाचा दाखला

प्रधानमंत्री जीवन ज्योती विमा योजने अंतर्गत बचत खात्यातून परस्पर रक्कम वळती करण्यासाठी संमती व अधिकार देण्याचा फॉर्म श्री / श्रीमती _____ बचत खाते क्र. _____ आधार क्र. (असल्यास) _____ यांचेकडून मिळाला.

सदर योजने अंतर्गत जीवन विमा संरक्षण भारतीय आयुर्विमा महामंडळ, मास्टर पॉलिसी क्र. _____ यांचेशी संलग्न असून जीवन विमा संरक्षण वरील माहितीच्या सत्यतेवर / पात्रतेवर अवलंबून राहील.

अधिकृत अधिकारी
सांगली अर्बन को-ऑप बँक लि; सांगली.
शाखा