

प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

विमाकर्त्याचे नाव \_\_\_\_\_

बँकेचे/पोस्ट ऑफिसचे नाव

चिन्ह (लोगो)

योजनेचे चिन्ह

चिन्ह

संमतीसह घोषणापत्राचा फॉर्म

मी याद्वारे (विमाकर्ता कं.चे नाव) \_\_\_\_\_ यांच्या 'प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजने'चा सभासद होण्यासाठी माझी संमती देत आहे, ज्या योजनेची अंमलबजावणी मास्टर पॉलिसी क्र. \_\_\_\_\_ (अगोदरच छापलेला असावा) या अंतर्गत आपल्या बँकेद्वारे/पोस्ट ऑफिसद्वारे केली जाईल.

मी याद्वारे आपल्या शाखेत असलेल्या माझ्या खात्यातून प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजनेअंतर्गत (अपघातामुळे मृत्यू किंवा कायमचे अपंगत्व आल्यास दावा देय होईल.) रु. दोन लाखांचे अपघाती विमा संरक्षणासाठी रु. १२/- (रु. बारा फक्त) वळते/ नामे करण्याचे आपणांस अधिकार देत आहे.

मी यानंतर पुढील सूचना मिळेपर्यंत यापुढे दरवर्षी २५ मे ते १ जून या कालावधीत रु. १२/- (रु. बारा फक्त), किंवा वेळोवेळी ठरविण्यात आलेली आणि आपणांस त्वरित कळविण्यात येणारी सुधारित अशी रक्कम माझ्या खात्यातून सादर योजनेअंतर्गत विमा संरक्षणाच्या नूतनीकरणासाठी वळते/नामे करण्याचे सुद्धा अधिकार आपणांस देत आहे.

मी इतर कोणत्याही बँकेला/पोस्ट कार्यालयाला या योजनेशी संबंधित विमा हप्ते नामे करण्याचे अधिकार दिलेले नाहीत.

मला माहित आहे की या योजनेअंतर्गत अनेक ठिकाणी प्रवेशिका भरल्यास माझे विमा संरक्षण हे फक्त रु. दोन लाखांपर्यंतच मर्यादित असेल आणि अनेक प्रवेशिकांसाठी मी भरलेला विमा हप्ता जप्त होईल.

मी योजनेचे नियम वाचले आहेत आणि जाणून घेतले आहेत आणि मी याद्वारे या योजनेचा सभासद होण्यासाठी माझी संमती देत आहे.

मी याद्वारे माझे खाली दिलेले व्यक्तिगत तपशील \_\_\_\_\_ (विमाकर्ता कं.चे नाव) यांना आवश्यकतेनुसार या समूह विमा योजनेमध्ये माझ्या प्रवेशाबाबत पुरविण्याचे अधिकार बँकेस/पोस्ट ऑफिसला देत आहे.

खातेधारकाचे नाव\*\*

वडिलांचे/पतीचे नाव

बँक/पोस्ट ऑफिस खाते क्रमांक\*\*

बँकेच्या शाखेचा IFSC कोड

असल्यास, पॅन क्रमांक\*\*

उपलब्ध असल्यास, आधार क्र.

जन्मतारीख\*\*

ई-मेल पत्ता

कोणत्याही अपंगत्वामुळे ग्रस्त आहेत काय?

असल्यास, त्याबाबत सविस्तर तपशील

नामनिर्देशिताचे (नामितीचे) नाव आणि पत्ता

नामितीची जन्मतारीख

नामितीचे खातेधारकाशी नाते

(नामनिर्देशित अज्ञान असल्यास) अभिभावक/नियुक्त व्यक्तीचे नाव आणि पत्ता

अभिभावक/नियुक्त व्यक्तीचे नामितीशी असणारे नाते

नामनिर्देशिताचा मोबाईल क्र.

अभिभावक/नियुक्त व्यक्तीचा मोबाईल क्र.

मी यासोबत माझ्या ओळखीचा पुरावा (KYC\*) म्हणून माझ्या \_\_\_\_\_ ची प्रत जोडत आहे आणि या योजनेअंतर्गत वरीलप्रमाणे माझ्या नामनिर्देशिताला नामित करित आहे. नामिती अज्ञान असल्यामुळे त्याचा/तिचा अभिभावक वरीलप्रमाणे नियुक्त केला आहे.

\* आधार कार्ड किंवा निवडणूक फोटोसहित ओळखपत्र (EPIC) किंवा मनरेगा कार्ड किंवा ड्रायव्हिंग लायसेन्स किंवा पॅन कार्ड किंवा पासपोर्ट

मी याद्वारे घोषित करतो की वरील विधाने सर्व बाबतीत खरी आहेत आणि मी सहमत आहे आणि घोषित करतो की वरील योजनेमध्ये प्रवेशासाठी वरील माहिती आधारभूत असेल आणि असेही की, कोणतीही माहिती खोटी आढळल्यास या योजनेमधील माझे सदस्यत्व रद्द समजले जाईल.

दिनांक:

स्वाक्षरी:

पत्ता:

आवेदनकर्त्याचा तपशील\*\* आणि स्वाक्षरी यांची आमच्या बँकेकडे/पोस्ट ऑफिसकडे उपलब्ध रेकॉर्डनुसार (किंवा जर या बँकेकडे/पोस्ट ऑफिसकडे ते नसल्यास, आवेदनकर्त्याने दाखल केलेल्या KYC दस्तऐवजानुसार) खातरजमा केल्याची पुष्टी केली गेली.

बँकेच्या/पोस्ट ऑफिसच्या अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी

दिनांक:

(बँकेच्या/पोस्ट ऑफिसच्या शाखेच्या नावासहित आणि कोड क्र. सहित रबरी शिक्का)

कार्यालयीन उपयोगाकरिता

एजंटचे किंवा बँकेच्या प्रतिनिधीचे नाव (BC)

एजन्सी/ BC कोड क्र.

एजंट किंवा बँक प्रतिनिधीच्या खात्याची माहिती

एजंट/BC ची स्वाक्षरी

पोचपावती आणि विम्याचे प्रमाणपत्र

आम्ही याद्वारे श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_, बँक/पोस्ट ऑफिसचे खाते क्र. \_\_\_\_\_  
धारक, आधार क्र. \_\_\_\_\_ यांचेकडून मास्टर पॉलिसी क्र. \_\_\_\_\_ अंतर्गत (विमा  
कंपनीचे नाव) \_\_\_\_\_ यांचेकडे प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजनेमध्ये सहभागी करण्याचे अधिकार  
देण्यासाठी 'संमती आणि घोषणापत्र' मिळाल्याची पोचपावती देत आहोत. पात्रतेबाबत देण्यात आलेली माहिती  
अचूक असल्यास आणि विमा हप्त्याची रक्कम मिळाल्यानंतर आम्ही योजनेनुसार विमा संरक्षण देण्याची  
प्रमाणित करतो.

बँकेच्या/पोस्ट ऑफिसच्या अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी

दिनांक:

कार्यालयाचा शिक्का

टीप:

विमा संरक्षण:

अपघातामुळे संपूर्ण अपंगत्व आल्यास किंवा मृत्यू झाल्यास दोन लाखांचा दावा देय होईल.

कायमचे आंशिक अपंगत्व आल्यास एक लाख रु.चा दावा देय होईल.

कायमस्वरूपी अपंगत्व म्हणजे पुढीलपैकी कोणतेही.

कायमस्वरूपी संपूर्ण अपंगत्व - दोन्ही डोळे जाणे व अपरिवर्तनीय नुकसान किंवा दोन्ही हातपाय किंवा पाय  
गमावणे किंवा एखाद्या डोळ्याची दृष्टी कमी होणे आणि एका हाताचा किंवा पायाचा वापर कमी होणे.

कायमस्वरूपी अर्धवट अपंगत्व - एक डोळा दृष्टीस संपूर्ण आणि अपरिवर्तनीय नुकसान किंवा एका हाताचा किंवा  
पायाचा वापर गमावणे.

अपघात म्हणजे बाह्य, हिंसक आणि दृश्यमान मार्गांमुळे अचानक, अनपेक्षित आणि अनैच्छिक घटना.

