

## प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

### सहमति-सह-घोषणाप्रपत्र

मैं, एतद्वारा \_\_\_\_\_ (बीमाकर्ता का नाम) के 'प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना' का सदस्य बनने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता हूँ जो मास्टर पॉलिसी नं. \_\_\_\_\_ (पूर्व-मुद्रित होने के लिए) के अधीन आपके बैंक द्वारा प्रशासित की जाएगी।

मैं, एतद्वारा आपको पीएमएसबीवाई के तहत दो लाख रुपये के दुर्घटना@ बीमा कवर (दुर्घटना के कारण मृत्यु अथवा स्थायी विकलांगता\$ के मामले में देय दावा) के प्रीमियम के लिए आपकी शाखा में मेरे खाते में रु. 20/- (बीस रुपए केवल) नामे करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं आपको भविष्य में प्रतिवर्ष 25 मई के बाद और 1 जून से पहले अगले निर्देश तक रु. 20/- (बीस रुपए केवल) या समय-समय पर तय की गई किसी राशि, जिसकी सूचना मुझे संशोधन के तुरंत बाद दी जाए, की कटौती करने के लिए, अधिकृत करता हूँ।

मैंने किसी अन्य बैंक/डाकघर को इस योजना के संबंध में प्रीमियम डेबिट करने के लिए अधिकृत नहीं किया है। मुझे पता है कि मेरे द्वारा योजना के लिए एकाधिक नामांकन के मामले में, मेरा बीमा कवर रु. दो लाख ही रहेगा और एकाधिक नामांकन के लिए मेरे द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम जब्त करने के लिए मैं ही उत्तरदायी होऊँगा।

मैंने योजना के नियमों को पढ़ और समझ लिया है और मैं, एतद्वारा इस योजना का सदस्य बनने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता हूँ।

मैं, बैंक/डाकघर को समूह बीमा योजना में मेरे प्रवेश के संबंध में नीचे दिए गए मेरे आवश्यक व्यक्तिगत विवरण को \_\_\_\_\_ (बीमाकर्ता का नाम) को बताने के लिए अधिकृत करता हूँ।

नोट:

#### @ बीमा कवर:

दुर्घटना के कारण संपूर्ण विकलांगता या मृत्यु के मामले में रु.2 लाख के दावे के भुगतान हेतु पात्र।

स्थायी आंशिक विकलांगता के मामले में रु.2 लाख के दावे के भुगतान हेतु पात्र।

\$ स्थायी विकलांगता से तात्पर्य निम्नलिखित में से कोई एक है:

- स्थायी पूर्ण विकलांगता- दोनों आंखों की पूर्णतः या ठीक न होने योग्य क्षति या दोनों हाथों या पैरों के उपयोग की अक्षमता या एक आंख की रोशनी या एक हाथ अथवा पैर के उपयोग की अक्षमता
- स्थायी आंशिक विकलांगता- एक आंख की रोशनी या एक हाथ या पैर के उपयोग की पूर्णतः या ठीक न होने योग्य अक्षमता

दुर्घटना से तात्पर्य है बाह्य, हिंसक और प्रत्यक्ष कारणों द्वारा अचानक, अप्रत्याशित तथा अनैच्छिक घटना घटित होना।

जोखिम कवर की शुरुआत अभिदाता के खाते से प्रीमियम के स्वतः डेबिट होने की तारीख से होगी।



The New India Assurance Co. Ltd.



प्रधानमंत्री सुरक्षा  
बीमा योजना  
(PMSBY)



खाता धारक का नाम **		पिता/पति का नाम**	
खाता धारक का पता		शहर/कस्बा/गाँव का नाम	
जिला का नाम		राज्य का नाम	
पिन कोड		खाता धारक का मोबाइल संख्या	
बैंक/पोस्ट ऑफिस खाता संख्या **		बैंक शाखा का IFSC कोड**	
प्रस्तुत केवाईसी दस्तावेज़ का नाम*		केवाईसी आईडी संख्या*	
पेन संख्या यदि उपलब्ध है**		आधार संख्या यदि उपलब्ध **	
जन्म तिथि**		ईमेल आईडी **	
क्या किसी विकलांगता से पीड़ित है		यदि हाँ, तो इसका विवरण दें	
नामिती का नाम एवं पता		नामिती की जन्मतिथि	
		खाते धारक के साथ नामिती का संबंध	
अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति(यदि नामिती व नाबालिग है) का नाम एवं पता		नामिती के साथ अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति का संबंध	
नामिती का मोबाइल नंबर		अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति का मोबाइल संख्या	
नामिती की ईमेल आईडी		अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति की ईमेल आईडी	

मैं एतद्वारा अपनी पहचान (केवाईसी\*) के प्रमाण के रूप में अपनी \_\_\_\_\_ की एक प्रति संलग्न करता हूँ और इस योजना के तहत अपने नामिती को नामित करता हूँ। चूंकि नामिती अवयस्क है उपरोक्तनुसार उसके अभिभावक को नियुक्त किया जाता है।

\* आधार कार्ड या चुनावी फोटो पहचान पत्र(ईपीआईसी) या मनरेगा कार्ड या ड्राइविंग लाइसेंस या पेनकार्ड या पासपोर्ट

मैं एतद्वारा घोषण करता/करती हूँ की उपरोक्त कथन सभी प्रकार से सत्य है और मैं सहमत हूँ और घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त योजना में प्रवेश लेने का यह आधार बनेगी और यदि कोई जानकारी असत्य पायी जाती है, तो योजना के लिए मेरी सदस्यता को रद्द माना जाएगा।

तिथि: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

\*\* पुष्टि की जाती है कि आवेदक के विवरण और हस्ताक्षर इस बैंक के पास उपलब्ध रिकॉर्ड(या आवेदक द्वारा प्रस्तुत केवाईसी दस्तावेज़\*, यदि वह बैंक के पास उपलब्ध नहीं है) से सत्यापित किए गए हैं।

बैंक के पदाधिकारी के हस्ताक्षर

दिनांक:

(बैंक शाखा का नाम और कोड के साथ रबर स्टॉप)



The New India Assurance Co. Ltd.



### कार्यालय प्रयोग हेतु

एजेंट/बैंकिंग संपर्की (बीसी) का नाम		एजेंट/बीसी कोड सं	
एजेंट/बीसी का बैंक खाता विवरण		एजेंट/बीसी के हस्ताक्षर	

### पावती पर्ची सह बीमा प्रमाण पत्र

हम एतद्वारा बैंक/डाकघर खाता धारक श्री/सुश्री .....बैंक/डाकघर खाता संख्या ..... एवं आधार संख्या ..... से "सहमति-सह-घोषणा प्रपत्र" की .....(बीमाकर्ता का नाम) मास्टर पॉलिसी संख्या ..... के अधीन प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना में शामिल होने के लिए निर्दिष्ट बैंक/डाकघर खाते से ऑटो-डेबिट सहमति के साथ स्वीकार करते हैं बशर्ते बीमा कवर के लिए दी गई पात्रता संबंधी जानकारी सत्य हो एवं प्रतिफल राशि की प्राप्ति हो गई हो।

बैंक/डाकघर के प्राधिकृत पदाधिकारी के हस्ताक्षर

तिथि :

कार्यालय की मुहर