

प्रधान मंत्री सुरक्षा बीमा योजना



Pradhan Mantri
Suraksha Bima Yojana



सहमति-सह-घोषणा प्रपत्र

मैं एतद् द्वारा.....(बीमाकर्ता का नाम) को 'प्रधान मंत्री सुरक्षा बीमा योजना' का सदस्य बनने के लिए अपनी सहमति देता हूं, जो आपके बैंक/डाकघर द्वारा मास्टर पॉलिसी संख्या..... (पूर्व-मुद्रित होने के लिए) के तहत प्रबंधित किया जाएगा.

मैं एतद् द्वारा आपको PMSBY के तहत दो लाख रुपये के दुर्घटना बीमा कवर (दुर्घटना के कारण मृत्यु अथवा स्थायी विकलांगता की स्थिति में ही दावा देय होगा) के प्रीमियम के लिए आपकी शाखा में मेरे खाते से रु.20/- (बीस रुपये मात्र) डेबिट करने के लिए अधिकृत करता हूं/ मैं आपको भविष्य में प्रतिवर्ष 25 मई के बाद और 1 जून से पहले तक 20/- (बीस रुपये मात्र) या समय-समय पर तय की गई कोई भी राशि, कटौती करने के लिए, अगले निर्देश तक अधिकृत करता हूं/योजना में कवरेज के नवीनीकरण हेतु होने वाले प्रीमियम परिवर्तन की जानकारी मुझे तत्काल दी जाए.

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. केवल दो लाख ही रहेगा और एकाधिक नामांकन के लिए मेरे द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम जब्त करने के लिए मैं ही उत्तरदायी रहूंगा.

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/डाकघर को समूह बीमा योजना में मेरे शामिल होने के संबंध में आवश्यक नीचे दिए गए मेरे व्यक्तिगत विवरण को..... (बीमाकर्ता का नाम) को बताने के लिए अधिकृत करता हूं.

नोट:

@बीमा कवर :

दुर्घटना के कारण मृत्यु अथवा पूर्ण विकलांगता के मामले में रु.2 लाख का दावा देय होगा.

स्थायी रूप से आंशिक विकलांगता के मामले में रु. 1 लाख का दावा देय होगा.

स्थायी विकलांगता का तात्पर्य निम्न में से कोई एक :

- **स्थायी कुल विकलांगता-** दोनों आँखों की पूर्ण एवं अपूरणीय क्षति अथवा दोनों हाथ या पैरों की हानि अथवा एक आँख के दृष्टि की हानि और एक हाथ अथवा पैर की हानि
- **स्थायी आंशिक विकलांगता –** एक आँख की पूर्ण एवं अपूरणीय क्षति अथवा एक हाथ या पैर की हानि

दुर्घटना का तात्पर्य बाहरी, हिंसात्मक और दृश्य साधनों से होने वाली अचानक, अप्रत्याशित एवं अनैच्छिक घटनाओं से हैं.

जोखिम कवर ग्राहक के खाते से प्रीमियम के ऑटो डेबिट होने की तारीख से आरंभ होगा.

खाता धारक का नाम**		पिता/पति का नाम**	
खाताधारक का पता		शहर/टाउन/गावं का नाम	
जिला का नाम		राज्य का नाम	
पिन कोड		खाता धारक का मोबाइल नं.	
बैंक/पोस्ट ऑफिस की खाता संख्या**		बैंक शाखा का आईएफएससी कोड**	
जमा किए गए केवायसी दस्तावेजों का नाम **		केवायसी आईडी नं.	
पैन सं. यदि उपलब्ध हो**		आधार सं. यदि उपलब्ध हो**	
जन्म तिथि**		ई-मेल आईडी**	
नामांकित व्यक्ति का नाम और पता		नामांकित व्यक्ति जन्म तारीख	
अभिभावक/नियुक्ति व्यक्ति का नाम (यदि नामांकित व्यक्ति नाबालिग है)		खाता धारक के साथ नामांकित व्यक्ति का संबंध	
नामांकित व्यक्ति का मोबाइल नं.		अभिभावक/नियुक्ति व्यक्ति का मोबाइल नं	
नामांकित व्यक्ति का ई-मेल आईडी		अभिभावक/नियुक्ति व्यक्ति का ई-मेल आईडी	

मैं एतद् द्वारा अपनी पहचान के प्रमाण (केवाईसी*) के रूप में अपनी..... की एक प्रति संलग्न करता हूं और इस योजना के तहत अपने नामांकित व्यक्ति को नामित करता हूं. नामांकित व्यक्ति के आवश्यक होने के कारण उसके अभिभावक को उपरोक्तानुसार नियुक्त किया जाता है.

*आधार कार्ड या चुनावी फोटो पहचान पत्र (ईपीआईसी) या मनरेगा कार्ड, ड्राइविंग लाइसेंस या पैन कार्ड या पासपोर्ट.

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूं कि उपरोक्त कथन सभी प्रकार से सत्य है और मैं सहमत हूं और घोषणा करता हूं कि उपरोक्त जानकारी उपरोक्त योजना में प्रवेश का आधार बनेगी और यदि कोई जानकारी और असत्य पाई जाती है, तो योजना के लिए मेरी सदस्यता को रद्द माना जाएगा.

तिथि :

हस्ताक्षर:

**पुष्टि की जाती है कि आवेदक के विवरण हस्ताक्षर बैंक/ डाकघर के पास उपलब्ध रिकॉर्ड से सत्यापित किए गए हैं (या आवेदक द्वारा जमा किए गए केवाईसी दस्तावेज़ यदि कोई है, बैंक/डाकघर के पास उपलब्ध नहीं है).

बैंक /डाकघर के अधिकारी के हस्ताक्षर

तारीख :

(बैंक शाखा के नाम और कोड के साथ रबड़ स्टॉप)

कार्यालय उपयोगार्थ

एजेंट/बीसी का नाम		एजेंसी/बीसी कोड सं	
एजेंट/बीसी का बैंक खाता विवरण		एजेंट/ बैंकिंग संवाददाता के हस्ताक्षर	

पावती पर्ची साह बीमा प्रमाण पत्र

हम एतद द्वारा बैंक /डाकघर खाता धारक श्री/सुश्रीबैंक/ डाकघर संख्याएवं आधार संख्या से 'सहमति-सह घोषणा प्रपत्र' की (बीमाकर्ता का नाम) मास्टर पॉलिसी संख्या के अधीन प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना में शामिल होने के लिए निर्दिष्ट बैंक/ डाकघर खाते से ऑटो-डेबिट की सहमति के साथ स्वीकार करते हैं बशर्ते बीमा कवर के लिए दी गई पात्रता संबंधी जानकारी सत्या हुए एवं प्रतिफल राशि की प्राप्ति हो गई हो.

बैंक /डाकघर के अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर

तारीख :

कार्यालय की मुहर

PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA



**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)

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.

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.

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

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)

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.

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

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	

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.

* Either of AADHAAR card or Electoral Photo Identity Card (EPIC) or MGNREGA card or Driving License or PAN card or Passport

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.

Date: _____

Signature

**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	

ACKNOWLEDGEMENT SLIP CUM CERTIFICATE OF INSURANCE

We hereby acknowledge receipt of "Consent-cum-Declaration Form" from Shri / Ms.
..... holding /Post Bank Office Account
No..... consenting and authorizing auto debit from the specified Bank
/Post Office account to join the Pradhan Mantri Suraksha Bima 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