



प्रधानमंत्री  
सुरक्षा बीमा योजना



नर्मदा झाबुआ ग्रामीण बैंक, इन्दौर  
Narmada Jhabua Gramin Bank, Indore  
(भारत सरकार, म. प्र. शासन एवं बैंक ऑफ इंडिया का संयुक्त उपक्रम)

न्यू इंडिया एश्योरन्स कं.लि.

**प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना**

**सहमति सह घोषणा फार्म**

(स्वीकृत "नामांकन अवधि" के दौरान में शामिल होने वाले सदस्यों द्वारा भरा जाए)

एजेंसी / बीसी कोड \_\_\_\_\_

बचत बैंक खाता सं. : \_\_\_\_\_

**योजना में शामिल होने की तिथि : 1 जून / जुलाई / अगस्त / सितंबर, 2015**

1. पूरा नाम :	5. मोबाईल / संपर्क नं. :
2. पता : _____	6. आधार सं. यदि उपलब्ध हो :
3. जन्मतिथि : _____ (दिन/माह/वर्ष) (केवाईसी दस्तावेज के अनुसार)	7. क्या किसी अशक्तता से प्रभावित है: _____ यदि हां, तो उसका विवरण : _____
4. ईमेल आईडी :	8. नामिती का नाम व पता तथा उसके साथ संबंध, (यदि कोई है)
9. अभिभावक का नाम व पता (यदि नामिती नाबालिग है तो) :	

- ▶ मैं एतद्वारा 'प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना' का सदस्य बनने के लिए मेरी सहमति प्रदान करता हूँ, यह योजना मास्टर पॉलिसी धारक के रूप में उपरोक्त बैंक द्वारा प्रशासित की जाएगी।
- ▶ मैं एतद्वारा आपको आपकी शाखा में चल रहे अपने बचत खाते में से रूपए 12/- तथा सेवा कर, (यदि लागू हो), आज नामे करने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ। यह प्राधिकार प्रत्येक उत्तरवर्तीय वर्ष के लिए 31 मई को या उससे पहले तब तक के लिए है जब तक इसके विपरीत रूपये 12/- के लिए कोई आदेश न दिया जाए। अथवा इसे परिशोधित करने के लिए कोई निर्णय मुझे तुरंत सूचना देकर न किया जाए।
- ▶ मैं एतद्वारा अपनी मृत्यु होने पर योजना के अंतर्गत लाभों के लिए उपरोक्त नामिती को नामित करता हूँ। नामिती की आयु 18 वर्ष तक पहुंचने से पूर्व मेरी मृत्यु होने की दशा में योजना के अन्तर्गत ऊपर दर्शाए नामिती के विधिक अभिभावक को इस योजना के लाभ प्राप्त होंगे।
- ▶ मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य बैंक के बचत खाते के अंतर्गत प्रधानमंत्री बीमा सुरक्षा योजना में बीमित नहीं हूँ। ऐसा पाए जाने पर प्रीमियम जब्त हो जाएगा तथा किसी दावे का भुगतान नहीं किया जाएगा।
- ▶ मैं योजना में नामांकन की तिथि के पश्चात् अगले माह की पहली तारीख से कवर आरंभ करने के लिए सहमत हूँ।
- ▶ मैं मास्टर पालिसी के आरंभ होने के बाद भी योजना में शामिल होने पर पूरे वार्षिक प्रीमियम के भुगतान के लिए सहमत हूँ।
- ▶ मैं इससे सहमत हूँ कि इस योजना में मेरी सदस्यता तब तक के लिए चालू रहेगी जब तक सभी देय किश्ते अदा की जाती है और जब तक मैं वार्षिक नवीनीकरण की तारीख को 70 वर्ष का नहीं हो जाता।
- ▶ मैं उपरोक्त योजना के सभी नियमों व शर्तों का पालन करने के लिए सहमत हूँ। मैं, आपके द्वारा, प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा में अपने शामिल होने के बारे में, यथा आवश्यक, मेरा व्यक्तिगत विवरण न्यू इंडिया एश्योरन्स कं. लि. को देने के लिए सहमत हूँ।
- ▶ मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी विवरण पूर्ण रूप से सत्य है तथा मैं सहमत हूँ तथा घोषणा करता हूँ कि यह जानकारी उपरोक्त योजना में शामिल होने के लिए आधार होगी तथा यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो मेरी सदस्यता रद्द समझी जाएगी।

दिनांक :

पता :

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर सत्यापित  
(शाखा कार्यालय) बैंक शाखा का नाम और कोड सहित मोहर

**पावती सह बीमा प्रमाण-पत्र**

हम एतद्वारा श्री/श्रीमती..... बचत बैंक खाता सं. .... आधार सं. .... है, जिन्होंने मास्टर पालिसी सं. **14240042150100000073** के अंतर्गत न्यू इंडिया एश्योरन्स कं.लि. में प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना में शामिल होने के लिए निर्दिष्ट बचत बैंक खाते से स्वतः निकासी के लिए सहमति दे दी है और प्राधिकृत कर दिया है, से की प्राप्ति घोषणा पत्र सह सहमति स्वीकार करते हैं और पात्रता और विचार राशि की प्राप्ति के बारे में जानकारों की शुद्धता के अधीन योजना के अनुसार कवरेज प्रमाणित करते हैं।

प्राधिकृत - बैंक अधिकारी हस्ताक्षर एवं मोहर