



भारतीय जीवन बीमा निगम
भारतीय आयुर्विमा महामंडळ
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

प्रधान मंत्री जीवन ज्योती बिमा योजना



संमती पत्र/ घोषणा फॉर्म

(ठरविलेल्या नोंदणी काळात योजनेत सामील होणाऱ्या सभासदांनी भरावा)
कार्यालयीन उपयोगासाठी



शंकर नागरी सहकारी बँक, लि; नांदेड
मुख्य कार्यालय, पोकर्णा बिल्डींग, नवा मोंढा, नांदेड.

L/- 893

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

भारतीय आयुर्विमा महामंडळाची 'प्रधानमंत्री जीवन ज्योती बिमा योजना' मास्टर पॉलिसी क्र. _____ (पुर्व मुद्रित करणे) आपल्या बँकेमार्फत प्रशासित केली जाणार आहे. या योजनेचा सदस्य बनण्यास मी मान्यता देत आहे

प्रधान मंत्री जीवन ज्योती बिमा योजने अंतर्गत उपलब्ध असेलेल्या जीवन संरक्षणाच्या हप्त्यापोटी आपल्या शाखेत असलेल्या माझ्या बचत खात्यात रु. ३३०/- (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. ३३०/- (रु. तीनशे तीस फक्त) अधिक सेवा कर (लागू असल्यास) किंवा वेळोवेळी ठरविण्यात येईल ती कोणतीही सुधारणा झाल्यास होणारी रक्कम, नावे टाकण्यासही मी आपल्याला अधिकार देत आहे.

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

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

समूह बिमा योजनेत सहभागी होण्यासाठी आवश्यक असलेला माझा वैयक्तिक तपशील भारतीय आयुर्विमा महामंडळास कळविण्यासाठी मी बँकेस अधिकार देत आहे. बँकेच्या / आपला ग्राहक जाणा (KYC) च्या अभिलेखाप्रमाणे आवेदकाचा तपशील

बँकेच्या अभिलेखाप्रमाणे खाते दाराचे नाव			
बचत खाते क्र.		आधार क्र. (असल्यास)	
ई मेल -		मोबाईल क्र.	
नामांकन धारकाचे नाव, पत्ता आणि नाते (असल्यास)		पालकाचे नाव, पत्ता (नामांकन धारक अज्ञान असल्यास)	
जन्म तारीख		पत्ता	

या योजने अंतर्गत मी वर उल्लेख केल्या प्रमाणे नामांकन करत आहे

नामांकन धारक अज्ञान 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 अढळल्यास या योजनेतील माझा सहभाग संपुष्टात येईल यास मी मान्यता देत आहे

तारीख :

सही _____

स्वाक्षरी साक्षात्कीत

पत्ता _____

प्रधिकृत आधिकारी (बँकेच्या शाखेचे नाव व कोड क्र. असलेला रबरी शिक्का)

पावती (अनुज्ञेय) आणि बिमा संरक्षणाचा दाखला

प्रधानमंत्री जीवन ज्योती बिमा 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 बिमा संरक्षण, भारतीय आयुर्विमा महामंडळ पॉलिसी क्र. _____ यांचेशी संलग्न असून बिमा संरक्षण वरील माहितीच्या सत्यतेवर/पात्रतेवर अवलंबून राहिल.

यांचेशी संलग्न असून बिमा

L/-

बँकेच्या अधिकृत अधिकार्याची स्वाक्षरी आणि शिक्का