



बैंक ऑफ महाराष्ट्र

प्रधान कार्यालय : "लोकमंगल" 1501, शिवाजीनगर, पुणे - 411005



प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना

सहमति-सह-घोषणा फार्म

(स्वीकृत नामांकन अवधि के दौरान योजना में शामिल होने वाले सदस्यों द्वारा भरा जाए)
कार्यालय प्रयोग के लिए

एजेंट/बीसी का नाम		एजेंसी/बीसी कोड सं.	
एजेंट/बीसी के बैंक खाते का विवरण -			
एजेंट/बैंकिंग संवाददाता के हस्ताक्षर			

मैं एतद्वारा मास्टर जीवनी (बीमा निधि) बीमा निधि कंपनी का नाम) की 'प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना' का सदस्य बनने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ जो मास्टर पालिसी सं. (पिंट करना है) के तहत आपके बैंक द्वारा प्रशासित की जाएगी।

मैं एतद्वारा पीएमजेबीवाई के तहत आपकी शाखा में चल रहे बचत बैंक खाते से रु. 330/- (केवल तीन सौ तीस रुपये) और जीवन कवर के प्रीमियम के लिए सेवा कर, यदि लागू हो, तो नामे करने के लिए आपको प्राधिकृत करता/करती हूँ। इसके अतिरिक्त, मैं भविष्य में अगले दिशानिर्देशों तक प्रत्येक वर्ष 25 मई के बाद और 1 जून से पहले रु. 330/- की राशि और सेवा कर, यदि लागू हो तो, या योजना के तहत बीमा नवीनीकरण के लिए समय-समय पर निर्णित राशि, जिसे यदि संशोधित किया जाता है तो मुझे तुरंत सूचित करते हुए, कटौती करने के लिए आपको प्राधिकृत करता/करती हूँ।

मैंने किसी भी अन्य बैंक को इस योजना के लिए प्रीमियम नामे करने के लिए प्राधिकृत नहीं किया है। मैं जानता/जानती हूँ कि मेरी मृत्यु होने पर जीवन कवर रु. 2,00,000/- तक सीमित होगा।

मैंने योजना के नियमों को पढ़ा है, समझा है और इस योजना के सदस्य बनने के लिए मैं अपनी सहमति व्यक्त करता/करती हूँ।

मैं समूह बीमा में अपने प्रवेश संबंधित, यथा आवश्यक अपने निम्नांकित व्यक्तिगत विवरण, (बीमा कंपनी का नाम) को देने के लिए बैंक को प्राधिकृत करता/करती हूँ।

बैंक/केवाईसी दस्तावेज के अनुसार आवेदक का विवरण:

खाताधारक का नाम (बैंक के रिकार्डों के अनुसार)		
बचत बैंक खाता सं.	आधार सं. यदि उपलब्ध है तो	
ई-मेल आईडी	मोबाईल सं.	
नामिति का नाम, पता एवं संबंध (यदि है तो)	अभिभावक का नाम एवं पता (यदि नामिति नाबालिग है)	
जन्म तिथि	पता	

मैं एतद्वारा इस योजना के तहत उपरोक्त नामिति को नामित करता/करती हूँ।

चूंकि नामिति अवयस्क है इसलिए, उसका/उसकी अभिभावक को यथोपर्युक्त नियुक्त करता/करती हूँ।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी विवरण पूर्ण रूप से सत्य है और मैं सहमत हूँ एवं घोषणा करता/करती हूँ कि यह जानकारी योजना में शामिल होने के लिए आधार होगी और यदि कोई सूचना गलत जाती है तो इस योजना में मेरी सदस्यता को रद्द माना जाएगा।

दिनांक: _____

हस्ताक्षर:

पता:

हस्ताक्षर सत्यापित

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

प्राप्त की सह बीमा प्रमाण-पत्र

हम एतद्वारा श्री/श्रीमती बचत बैंक खाता सं., आधार सं. है, जिन्होंने मास्टर पालिसी सं. के अंतर्गत (बीमा कंपनी का नाम) में प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना में शामिल होने के लिए निर्दिष्ट बचत बैंक खाता से स्वतः नामे (ऑटो डेबिट) के लिए सहमति दे दी है तथा प्राधिकृत क्लर दिया है, से "सहमति सह घोषणा फार्म" की प्राप्ति स्वीकार करते हैं और पात्रता और विचार राशि की प्राप्ति के बारे में जानकारी की शुद्धता के अधीन योजना के अनुसार कवरेज प्रमाणित करते हैं।