

# પ્રધાનમંત્રી જીવન જ્યોતિ વીમા યોજના

ફોર્મ નં. \_\_\_\_\_



## સંમતિ તેમજ ઘોષણા ફોર્મ

આપણી બેંક બનાસ બેંક

સભ્ય દ્વારા યોજનામાં દાખલ થતાં સમયે ભરવાનું ફોર્મ તા. ૦૧/૦૯/૨૦૧૮ પછીથી  
(ફક્ત કાર્યાલય ઉપયોગ હેતુ)

એજન્ટ/ બેંક મિત્રનું નામ*	એજન્ટ/બેંક મિત્ર કોડ નં.
એજન્ટ/ બેંક મિત્રના બેંક ખાતાની વિગત-*	
એજન્ટ/ બેંક મિત્રની સહી*	

હું આથી ભારતીય જીવન વીમા નિગમ ની પ્રધાનમંત્રી જીવન જ્યોતિ વીમા યોજના જે આપની બેંક દ્વારા માસ્ટર પોલીસી નંબર 900100136 થી સંચાલિત છે, તેના સભ્ય બનવા માટે સંમતિ આપુ છું.

હું આથી આપને પ્રધાનમંત્રી જીવન જ્યોતિ વીમા યોજના હેઠળ જીવન વીમાના પ્રીમિયમ માટે આપની શાખામાં રહેલ મારા બચત ખાતામાંથી રૂ. \_\_\_\_\_ (રૂપિયા \_\_\_\_\_ પુરા) + જી.એસ.ટી. જે લાગુ પડતો હોય તો, કપાત કરવાની સત્તા આપું છું. હું આથી આપને ભવિષ્ય માં દર વર્ષે ૨૧ મી મે પછી અને ૩૧ મી મે સુધીમાં મારા બચત ખાતામાંથી આ યોજના અંતર્ગત જીવન વીમાના રિન્યુવલ માટે રૂ. ૩૩૦/- (ત્રણ સો ત્રીસ રૂપિયા પુરા) + જી.એસ.ટી. જે લાગુ પડતો હોય તો, અથવા સુધારેલ રકમ જે અને જયારે નક્કી થાય તે તુરંત અને જાણ કરી, ફરીથી ફેરફાર અંગેની સુચના સુધી કપાત કરવાની સત્તા આપું છું. મે આ યોજનાના સંદર્ભમાં અન્ય કોઈ પણ બેંકને પ્રીમિયમ કપાત કરવાની સત્તા આપેલ નથી. હું એ જાણું છું કે મારા મુલ્યુ પછી મળવા પાત્ર મહત્તમ જીવન વીમા રાશી રૂ. ૨,૦૦,૦૦૦/- સુધી પ્રતિબંધીત કરેલ છે.

મે આ યોજનાના નીચમો વાંચી તથા સમજી અને હું અહીં આ યોજનામાં જોડાવા માટે મારી સંમતિ આપુ છું. તેમજ હું માહિતગાર છું કે આ યોજનામાં જોડાઈને વીમાધારકના બચત ખાતામાંથી વીમાના પ્રીમિયમની રકમના કપાત થયાના ૪૫ દીવસ (લીન સમય) બાદ વીમાધારકને વીમાનો લાભ મળશે. સંજોગોવસાત આ ૪૫ દિવસ(લીન સમય) માં વીમાધારકનું (અકસ્માત સીવાય) અવસાન થશે તો તેને વીમાનો લાભ મળવાપાત્ર રહેશે નહીં.

હું બેંકને આ યોજનાના પ્રવેશ અંગે જરૂરી એવી મારી અંગત વિગતો, જરૂર જણાય તો આપના દ્વારા ભારતીય જીવન વીમા નિગમ ને પુરી પાડવા માટે સંમતિ આપુ છું.

બેંક / કેવાયસી (KYC) રેકોર્ડ મુજબ અરજદારની વિગતો: \_\_\_\_\_

ખાતા ધારકનું નામ (બેંક રેકોર્ડ મુજબ) :	
સરનામું :	પીનકોડ _____ CIF.NO _____
બચત ખાતા નંબર _____	આધાર નંબર, જે હોય તો : _____
જન્મ તારીખ (dd/mm/yyyy) _____	મોબાઈલ નંબર : _____
ઈ - મેઈલ આઈડી (E-mail) _____	અન્ય સંપર્ક નંબર : _____
નોમિની (વારસદાર)નું નામ અને સરનામું, અને તેમની સાથેનો સંબંધ, જે હોય તો _____	નામ : _____ સરનામું : _____ સંબંધ : _____ ઉંમર વર્ષ : _____
વાલી (Guardian) નું નામ અને સરનામું (જે નોમિની (વારસદાર) સગીર હોય તો) _____	

હું અહીં ઉપર જણાવેલ મારા નોમિની (વારસદાર) ને આ યોજના હેઠળ નામાંકિત કરું છું. નોમિની (વારસદાર) સગીર હોવાથી, તેમના ઉપર જણાવેલ વાલી (Guardian)ની નીમણુક કરું છું.

હું આથી જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત જણાવેલ વિગતો તમામ રીતે સાચી છે અને જે આ યોજનામાં પ્રવેશ માટેની આધારભૂત માહિતી રહેશે તેમજ જે કોઈ વીગતો ખોટી માલુમ પડશે, તો ઉપરોક્ત યોજનામાં મારું સભ્યપદ રદ-બાતલ થયેલ ગણાશે, જે મને માન્ય છે.

નોંધ: આધાર કાર્ડ ની નકલ અવશ્ય જોડવી તથા મોબાઈલ નંબર અવશ્ય લખવો.

તારીખ : \_\_\_\_\_

સહીની ચકાસણી

(બેંક શાખાના અધિકારીની સહી)

(બેંક શાખાના નામ અને કોડ સાથેનો સિક્કો)

ખાતેદારની સહી

## રસીદ તેમજ વીમાનું સર્ટીફિકેટ

ફોર્મ નં. \_\_\_\_\_

અમે આથી જાણ કરીએ છીએ કે શ્રી/શ્રીમતી \_\_\_\_\_ કે જેનો બેંક બચત ખાતા નંબર \_\_\_\_\_

અને આધાર નંબર (જો હોયતો) \_\_\_\_\_ છે તેમજ ભારતીય જીવન વીમા નિગમ અને માસ્ટર

પોલીસી નંબર 900100136 દ્વારા પ્રધાન મંત્રી જીવન જ્યોતિ વીમા યોજનામાં જોડાવા માટે કે જે તેમની જણાવેલ વિગતોની ખરાઈને

આધારે મળવાપાત્ર રહેશે અને જણાવેલ બચત ખાતામાંથી આપોઆપ કપાત કરવાની સંમતિ અને મંજૂરી મળ્યાની પહોંચ આપીએ છીએ.

નામ :

હોદ્દો : પી.એફ. નંબર :

અધિકત બેંક અધિકારીની સહી અને સિક્કો



**Consent-cum-Declaration Form**

(To be filled in by Members joining the Scheme after the permitted 'Enrollment Period')

The Branch Manager,  
 \_\_\_\_\_ Bank,  
 \_\_\_\_\_ Branch.

A.	Name of the Account holder		
	Savings Bank Account No.		
	Aadhar Number		Mobile No.
	E-mail Id		Nominee Name

Dear Sir,

B.	Agent /BC'S Name*		Agency/BC Code No.*	
	Bank A/c Details of Agent/BC *			
	Signature of Agent/Banking Correspondent*			

**Re: Consent-Cum-Declaration for 'Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana' of LIC of India** • *Strike out whichever is not applicable*

I, Shri/ Smt \_\_\_\_\_ having a Savings Bank Account No. \_\_\_\_\_ with Aadhar No. \_\_\_\_\_ registered therein with your bank, hereby give my consent to become a member of "Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana" of LIC of India which will be administered by the \_\_\_\_\_ Bank as Master Policyholder

I hereby authorize you to debit my Savings Bank Account with your Branch with Rs.330/- (Rupees Three Hundred Thirty Only), exclusive of Service Tax, on \_\_\_\_\_ and on 1<sup>st</sup> of June every subsequent years, towards premium of Rs.289/= to Life Insurance Corporation of India and Rs.41/= to the Bank.

I agree that I will be a member of the Scheme only in your Branch through this savings bank account even though I hold other accounts in other Banks and I am aware that my life cover shall be restricted to Rs.2,00,000/- only in the event of my death. **I agree that the above savings bank account only would be "Aadhar Linked Account" and in case this account is de-linked to Aadhar, the insurance coverage through this policy shall cease and the premium paid shall be forfeited.**

I agree that my membership in the scheme will remain in force as long as all premiums due are paid and until I have attained age 55 years nearer birthday as on Annual Renewal Date. You may continue to recover my premium as long as I am eligible to remain a member of the scheme. I agree that in case I close my account or fail to maintain balance sufficient to deduct the premium on the due date with your Branch Office, I will cease to be a member of this scheme from that date. Further, if the premium is not recovered by the bank for any reason whatsoever no liability will attach to LIC and no claim will be payable in such an instance.

**I hereby declare that I am in sound health and am not suffering or have suffered from any critical illness or condition requiring medical treatment, as on date.** (critical illness is defined as follows: The applicant should not have suffered / be suffering from AIDS, cancer, condition requiring open chest surgery, history of typical chest pain, kidney failure, brain stroke or paralysis or having undergone a major organ transplantation such as heart, lung, liver or kidney. **If the applicant had suffered from any of the above critical illness, they are not eligible to join the scheme**)

I agree to abide by the terms and conditions of the above Scheme. I agree to your conveying my personal details, as required, regarding my admission into the group insurance scheme to LIC of India. 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 from my date of joining the scheme and all monies paid in respect thereof shall stand forfeited.

Dated at \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20

Signature:

Address:

**Signature verified**  
**(Branch Official)**

\*I certify that I have read and understood the contents of the above form. / I certify that the contents of this form have been fully explained to me and I have understood the significance of the contract. *\*Strike out whichever is not applicable*

Explained by:

Signature or thumb impression of the account holder:

Name:

Signature of Bank Branch Official.

**ACKNOWLEDGEMENT SLIP****Annexure 4**

We hereby acknowledge receipt of "Consent-cum-Declaration Form" from Shri/Smt. \_\_\_\_\_, holding Savings Bank Account No. \_\_\_\_\_, Aadhar No. \_\_\_\_\_ consenting to join the Group Insurance Scheme with Life Insurance Corporation of India.

Seal &amp; Signature of Bank Branch Official.