



उ.प्र. कोआपरेटिव बैंक लि.

मुख्यालय, 2, महात्मा गाँधी मार्ग, लखनऊ

पीबीएक्स

0522-4151200

फैक्स
ई.मेल

: 0522-2629284
: upcb.bkg@gmail.com


पत्रांक : बैंकिंग/एफ-14/2015-16/32
दिनांक : 11 मई 2015

प्रबन्धक/मुख्य प्रबन्धक/उपमहाप्रबन्धक,
उ0प्र0 कोआपरेटिव बैंक लि0,
समस्त शाखाएं,
उत्तर प्रदेश।

राष्ट्रीय कृषि और ग्रामीण विकास बैंक, लखनऊ द्वारा अपने पत्रांक : रा. बै.
उप्र. एफआईडी/FI-20(A)/06/2015-16 दिनांक 28.04.2015 के माध्यम से वित्त
मंत्रालय, भारत सरकार की "प्रधानमन्त्री जीवन ज्योति बीमा योजना" (PMJJBY)
एवं "प्रधानमन्त्री सुरक्षा बीमा योजना" (PMSBY) को बैंक में लागू करने की
अपेक्षा की गयी है।



उक्त के परिप्रेक्ष्य में "प्रधानमन्त्री सुरक्षा बीमा योजना" (PMSBY) को
बैंक के ग्राहकों के लिए लागू करने हेतु 'दि ओरिएण्टल इन्श्योरेंस कम्पनी लि.'
तथा बैंक के मध्य समझौता ज्ञापन (MoU) हस्ताक्षरित किया गया है। उपर्युक्त
सन्दर्भित योजना को बैंक में लागू करने से सम्बन्धित नियमावली एवं उससे
सम्बन्धित सहमति-सह-घोषणा फार्म तथा दावा फार्म संलग्न कर इस निर्देश के
साथ प्रेषित है कि नियमावली में उल्लिखित निर्देशों के अनुसार शाखा स्तर पर
कार्रवाई करना सुनिश्चित करें।

संलग्नक : यथोक्त।


(रवि कान्त सिंह)
प्रबन्ध निदेशक

प्रतिलिपि : निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित:-

1. समस्त क्षेत्रीय प्रबन्धक, उ0प्र0 कोआपरेटिव बैंक लि0, क्षेत्रीय कार्यालय,
उत्तर प्रदेश।
2. सहायक महाप्रबन्धक (आई.टी.), उ0प्र0 कोआपरेटिव बैंक लि0, मुख्यालय
लखनऊ को इस निर्देश के साथ कि उपर्युक्त योजना के संचालन एवं
नाबार्ड/भारत सरकार को वांछित सूचनाओं के प्रेषण हेतु सॉफ्टवेयर में
आवश्यक व्यवस्था सुनिश्चित करायें।
3. समस्त उप महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक, उ0प्र0 कोआपरेटिव बैंक लि0,
मुख्यालय लखनऊ।
4. निदेशक, कृषि सहकारी प्रशिक्षण संस्थान, सेक्टर 21, रिंग रोड, इन्दिरा
नगर, लखनऊ।


प्रबन्ध निदेशक


प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना :

1. **योजना का विवरण :** योजना की अवधि एक वर्ष है, जिसका नवीनीकरण प्रत्येक वर्ष किया जा सकता है। दुर्घटना बीमा योजना के तहत दुर्घटनावश मृत्यु या विकलांगता की स्थिति में बीमा कवर की सुविधा उपलब्ध है। प्रारम्भ में सार्वजनिक क्षेत्र की साधारण बीमा कम्पनियों द्वारा इस योजना को परिचालित किया जायेगा तथा अन्य साधारण बीमा कम्पनियाँ भी समान निर्धारित शर्तों पर आवश्यक अनुमोदन के उपरान्त बैंकों से समझौता करके ऐसे बीमा उत्पाद उपलब्ध करवा सकती हैं। इसके साथ ही, इस योजना में सहभागिता रखने वाले बैंक भी अपने पात्र ग्राहकों हेतु योजना के कार्यान्वयन के लिए ऐसी किसी भी साधारण बीमा कम्पनी की सेवाएं लेने के लिये स्वतंत्र होंगे।
2. **पात्रता एवं शर्तें :** सहभागी बैंकों के बचत बैंक खाताधारी जिनकी उम्र 18 वर्ष से 70 वर्ष के बीच है तथा जिसने नामांकन अवधि के दौरान योजना में शामिल होने हेतु अपनी सहमति दी है, वे इस योजना में शामिल होने के पात्र होंगे। यदि किसी भी व्यक्ति के एक या विभिन्न बैंकों में कई बचत खाते हों, तो ऐसे मामलों में वह व्यक्ति केवल एक बचत खाते के माध्यम से इस योजना में शामिल होने का पात्र होगा। आधार कार्ड से लिंक बचत खाता धारकों को उक्त सुविधा प्राप्त हो सकेगी।
3. **नामांकन प्रक्रिया अवधि :** प्रारम्भ में 1 जून 2015 से 31 मई 2016 तक की बीमा कवर अवधि के लिए ग्राहकों को 31 मई 2015 तक योजना में नामांकन (enrollment) कराना होगा तथा स्वतः नामे की सहमति (Auto Debit consent) देनी होगी। सम्भावित कवर के लिये देर से नामांकन 31 अगस्त 2015 तक सम्भव होगा, जिसकी अवधि भारत सरकार द्वारा और तीन महीनों तक अर्थात् 30 नवम्बर 2015 तक बढ़ाई जा सकती है। इस योजना के बाहर निकलने वाले व्यक्ति किसी भी समय, भविष्य के वर्षों में, इस योजना में फिर से शामिल हो सकते हैं। भविष्य के वर्षों में, पात्र श्रेणी में नए सदस्य या वर्तमान में पात्र व्यक्ति जो पूर्व में इस योजना में शामिल नहीं हुए थे या जिन्होंने अपना अंशदान बन्द कर दिया था, इस योजना में, पुनः शामिल हो सकते हैं, बशर्ते कि उस समय योजना चालू हो।
4. **बीमा लाभ :**

क्र.	लाभ की तालिका	बीमित राशि
1.	मृत्यु होना	2 लाख रुपये
2.	दोनों आंखों की कुल तथा अपूर्णनीय क्षति या दोनों हाथों अथवा दोनों पैरों का काम करने में अक्षम होना या एक आंख की दृष्टि खो जाना और एक हाथ अथवा एक पैर का काम करने में अक्षम होना	2 लाख रुपये
3.	एक आंख की दृष्टि की कुल तथा अपूर्णनीय क्षति या एक हाथ अथवा एक पैर का काम करने में अक्षम होना	1 लाख रुपये

5. **प्रीमियम :** प्रत्येक सदस्य द्वारा 12.00 रुपये प्रतिवर्ष प्रीमियम दिया जायेगा। यह प्रीमियम राशि खाताधारी के बचत बैंक खाते से स्वतः नामे (Auto Debit) सुविधा के माध्यम से प्रत्येक वर्ष कवरेज अवधि पर योजना के तहत दिनांक 1 जून को अथवा उससे पूर्व काट ली जायेगी। योजना के तहत बीमा कवर की सुविधा खाते से स्वतः नामे के कटने के आगामी माह के पहले दिन से ही उपलब्ध होगी। वार्षिक दावों के अनुभव के आधार पर प्रीमियम की समीक्षा की जायेगी। अतिशय प्रकार के अनपेक्षित

प्रतिकूल परिणामों के अलावा यह प्रयास किया जायेगा कि प्रथम तीन वर्षों में प्रीमियम को बढ़ाया न जाये।

6. मुख्य पालिसी धारक : सहभागी बैंक मास्टर पालिसी धारक होगा। सहभागी बैंक के साथ परामर्श से सम्बन्धित साधारण बीमा कम्पनी द्वारा सरल और सदस्य हितैषी प्रशासन और दावा निपटान की प्रक्रिया को अन्तिम रूप दिया जायेगा।
7. कवर की समाप्ति : निम्नलिखित में से किसी भी स्थिति के होने पर सदस्य का जीवन बीमा समाप्त हो जायेगा और उसके अन्तर्गत कोई लाभ देय नहीं होगा :-

(क) 70 वर्ष की आयु होने पर (जन्मदिन के निकटतम आयु)

(ख) बैंक में खाता बन्द होने पर अथवा बीमा कवर जारी रखने हेतु खाते में अपर्याप्त शेष राशि होने पर।

(ग) यदि सदस्य एक से अधिक खातों से कवर होता है और बीमा कम्पनी को अनजाने में प्रीमियम प्राप्त होता है, तो बीमा कवर को सिर्फ एक खाते तक सीमित कर दिया जायेगा और प्रीमियम को जब्त किया जा सकता है।

(घ) यदि देय तिथि पर अपर्याप्त राशि शेष होने अथवा किसी अन्य संचालन मुद्दे के कारण बीमा कवर समाप्त हो गया है तो उसे निर्धारित की गयी शर्तों के अनुसार पूर्ण वार्षिक प्रीमियम की प्राप्ति पर फिर से चालू किया जा सकता है। इस अवधि के दौरान जोखिम कवर समाप्त कर दिया जायेगा तथा जोखिम कवर को फिर से शुरू करना पूर्णतया बीमा कम्पनी के पूर्ण विवेक पर निर्भर होगा।

(च) जब स्वतः नामे (Auto Debit) का विकल्प दिया गया हो, तो भागीदार बैंक उसी माह में वांछनीय होगा कि प्रत्येक वर्ष के मई माह में प्रीमियम की राशि की कटौती करके उसी माह ही देय राशि को बीमा कम्पनी के खाते में प्रेषित कर देंगे।

8. संचालन : योजना का संचालन, उपर्युक्त शर्तों के अनुसार बीमा कम्पनी द्वारा निर्धारित मानक प्रक्रिया के अनुसार किया जायेगा। आंकड़ा प्रवाह प्रक्रिया तथा आंकड़ा प्रोफार्मा अलग से उपलब्ध कराया जायेगा। निर्धारित अवधि के भीतर स्वतः नामे प्रक्रिया के माध्यम से खाताधारकों से उचित वार्षिक प्रीमियम वसूल करना भागीदार बैंक का उत्तरदायित्व होगा। भागीदार बैंक द्वारा निर्धारित प्रपत्र में नामांकन फार्म स्वनामे प्राधिकरण प्राप्त किया तथा रखा जायेगा। दावा प्राप्त होने की स्थिति में, बीमा कम्पनी उसे प्रस्तुत करने को कह सकती है। बीमा कम्पनी द्वारा किसी भी समय इन दस्तावेजों को मंगाने का अधिकार सुरक्षित होगा। पावती को पावती बीमा प्रमाण पत्र के रूप में जारी किया जा सकता है। आवश्यकतानुसार योजना के अनुभव की वार्षिक आधार पर निगरानी की जायेगी।

9. प्रीमियम का विनियोजन :

- साधारण बीमा कम्पनी को बीमा प्रीमियम : ₹0 10.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।
- बीसी/माइक्रो/निगमित/अभिकर्ताओं को व्यय की प्रतिपूर्ति : ₹. 1.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।
- सहभागी बैंकों को प्रशासनिक व्यय की प्रतिपूर्ति : ₹. 1.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।

(LOGO)
(Name of the Insurance Company)

LOGO
(Name of the Bank)

(Logo of PMSBY)

PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA

Consent-cum-Declaration Form

(To be filled in by members joining the scheme during the permitted "Enrolment Period")

Agency / BC Code _____

Savings Bank Account No. _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Entry into the Scheme : 1st June / July / August / September, 2015

1. Name in Full _____	5. Mobile /Contact Number _____
2. Address _____ _____ _____	6. Aadhar No, if available _____
3. Date of Birth (As per KYC document) (dd/mm/yyyy) _____	7. Whether suffering from any disability _____ If yes, details thereof _____
4. Email ID _____	8. Name & Address of the Nominee, If any, and Relationship with him / her _____
9. Name & Address of Guardian, if nominee is minor _____	

I hereby give my consent to become a member of ' Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana' which will be administered by the above Bank as Master Policyholder.

I hereby authorize you to debit today my Saving Bank Account with your Branch with Rs.12/- (Rupees Twelve only) plus Service Tax, if applicable, and on or before 31st May every subsequent year until further instructions to the contrary (strike out whichever is not applicable) a sum of Rupees Twelve or a revised amount that may be decided with immediate intimation to me.

I hereby nominate my nominee as indicated above for the benefits under the scheme, in the event of my death. In the event of my death before the nominee reaching the age of 18 years, I hereby appoint the legal guardian of the nominee as indicated above for the purpose of receiving the benefits under the scheme.

I declare that I am not insured under Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana under any other Savings Bank Account. In case the same is found to exist, premium shall stand forfeited and no claims would be paid.

I agree that the cover shall commence from the 1st of the month subsequent to the date of enrolment in the scheme.

I agree to pay full annual premium even if I join the Scheme after the commencement of the Master Policy.

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 70 years as on Annual Renewal Date.

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 Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana to _____ (Name of the Insurance Company, to be preprinted).

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 verified
(Bank Branch Official)

Signature of the Account Holder

ACKNOWLEDGEMENT CUM CERTIFICATE OF INSURANCE

We hereby acknowledge receipt of "Consent-cum-Declaration Form" from Shri / Smt. _____ holding Saving Bank Account No. _____, Aadhar No. (if available) _____, consenting and authorizing auto-debit from the specified Savings Bank Account to join the Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana with _____ (Name of the Insurance Company) under Master Policy No. _____ certifying coverage as per the Scheme, subject to correctness of information provided regarding eligibility and receipt of consideration amount.

Seal & Signature of Authorised Bank Official

PRADHAN MANTRI SURAKSHA BIMA YOJANA

CLAIM FORM

This form is issued without admission of liability and must be completed and returned within 7 days after its receipt.

Claim No. _____	Policy No. _____
1. Name in Full _____ Address _____ _____ Contact Number _____	2. Name of the Bank with address _____ _____ Saving Account No. _____
3. A) When did the accident / death occur? State Day, Date and Hour B) Where did it occur? C) Give full particulars of the cause of death / injuries sustained.	
4. Give name and address of the attending Doctors	
5. State where and when a Medical or other Officer of the Company can visit you, if necessary.	
	A) B)
6. A) In case of Death, Original FIR / Post Mortem Report/ Death Certificate to be attached. B) In case of Disability, Disability Certificate from Civil Surgeon to be attached.	

I HEREBY DECLARE and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and I agree that if I have made, or if shall make false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

Dated _____ Signature _____

(Claimant)