



## 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 / 2015-16 / एफ-14 / 26

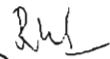
दिनांक : ९ मई 2015

प्रबन्धक / मुख्य प्रबन्धक / उपमहाप्रबन्धक,  
उ०प्र० कोआपरेटिव बैंक लि०,  
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।

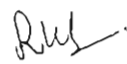
उक्त के परिप्रेक्ष्य में "प्रधानमन्त्री जीवन ज्योति बीमा योजना" (PMJJBY)  
को बैंक के ग्राहकों के लिए लागू करने हेतु भारतीय जीवन बीमा निगम तथा बैंक  
के मध्य समझौता ज्ञापन (MoU) हस्ताक्षरित किया गया है। उपर्युक्त सन्दर्भित  
योजना को बैंक में लागू करने से सम्बन्धित नियमावली एवं उससे सम्बन्धित  
7 संलग्नक, 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, उ०प्र० कोआपरेटिव बैंक लि०, क्षेत्रीय कार्यालय,  
उत्तर प्रदेश।
2. सहायक महाप्रबन्धक (आई.टी.), उ०प्र० कोआपरेटिव बैंक लि०, 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 कराये।
3. समस्त उप महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक, उ०प्र० कोआपरेटिव बैंक लि०,  
मुख्यालय लखनऊ।
4. निदेशक, कृषि सहकारी प्रशिक्षण संस्थान, सेक्टर 21, रिंग रोड, इन्दिरा  
नगर, लखनऊ।

  
प्रबन्ध निदेशक



(1) प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना :

1. इस बीमा योजना में हर वर्ष नवीनीकरणीय एक वर्ष के कवर तथा किसी भी कारण से मृत्यु होने पर जीवन बीमा कवर की पेशकश की गयी है। यह योजना भारतीय जीवन बीमा निगम के माध्यम से प्रशासित की जायेगी तथा अन्य जीवन बीमा कम्पनियाँ, आवश्यक मंजूरी के बाद बैंकों से समझौता कर, इसी तरह की शर्तों पर उत्पाद प्रदान कर सकती हैं। सहभागी बैंक इस तरह की अन्य किसी भी जीवन बीमा कम्पनी से समझौता कर, अपने ग्राहकों हेतु यह योजना लागू कर सकते हैं। 'बैंक' योजना के सम्बन्ध में सभी मामलों में सदस्यों के लिए तथा उनकी ओर से कार्य करेगा तथा किये गये समझौते के द्वारा किये गये कार्य तथा बैंक द्वारा बीमा कम्पनी को दिये गये नोटिस सदस्यों के लिये बाध्यकारी होंगे।
2. पात्रता : बचत खाताधारक, जिनकी उम्र 18 वर्ष (पूर्ण) से 50 वर्ष (जन्मदिन के निकटतम आयु) के बीच है तथा जिसने नामांकन अवधि के दौरान योजना में शामिल होने हेतु 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 खाताधारकों को उक्त सुविधायें प्राप्त हो सकेंगी।
3. आयु की स्वीकार्यता : बचत बैंक खाताधारक द्वारा प्रस्तुत किये गये आयु प्रमाण-पत्र के अनुसार बैंक द्वारा दर्ज आयु।
4. स्वास्थ्य का साक्ष्य : 'नामांकन अवधि' के पश्चात् योजना में शामिल होने के लिए प्रत्येक पात्र सदस्य द्वारा 'सहमति-सह-घोषणा फार्म' के अनुसार, बीमा कम्पनी द्वारा यथापेक्षित स्वास्थ्य के सन्तोषजनक साक्ष्य प्रस्तुत करने होंगे।
5. प्रीमियम : सदस्य के बचत बैंक खाते से प्रीमियम एक किस्त में स्वतः नामे (Auto Debit) सुविधा के माध्यम से प्रत्येक वर्ष 31 मई या उससे पूर्व काट लिया जायेगा। 31 मई के पश्चात् संभावित कवर के लिए विलम्बित नामांकन पूर्ण वार्षिक प्रीमियम भुगतान के साथ अच्छे स्वास्थ्य का स्व-प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर सम्भव हो सकता है। शामिल होने की तारीख पर विचार किये बिना अर्थात् नामांकन अवधि या प्रथम वर्ष के दौरान उक्त तारीख के पश्चात् प्रीमियम 330 रुपये और सेवाकर (यदि देय हो तो) होगा। वार्षिक दावों की समीक्षा करते हुए योजना के प्रथम तीन वर्षों में प्रयास किया जायेगा कि वार्षिक प्रीमियम न बढ़ाया जाये। वार्षिक नवीनीकरण तारीख के सम्बन्ध में समय-समय पर निर्धारित दर के अनुसार नवीनीकरण प्रीमियम प्रभाय है।
6. बीमा लाभ : बीमित सदस्य की किसी भी कारण से मृत्यु होने पर नामिती को रू. 2.00 लाख रुपये देय है।
7. बीमा समाप्ति की तारीख से पूर्व मृत्यु के सम्बन्ध में लाभ : समाप्ति की तारीख से पूर्व सदस्य की मृत्यु होने पर बीमा के अन्तर्गत बीमित राशि नामित लाभार्थी को देय होगी, बशर्ते कि उक्त सदस्य के सम्बन्ध में प्रीमियम का भुगतान करके बीमा को जारी रखा गया हो।
8. बीमा की समाप्ति : निम्नलिखित में से किसी भी स्थिति के होने पर वार्षिक नवीनीकरण तिथि पर सम्बन्धित सदस्य का जीवन बीमा समाप्त हो जायेगा:-  
(क) वार्षिक नवीनीकरण तिथि पर 55 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 एल.आई.सी./अन्य कम्पनी के साथ एक से अधिक खाते के माध्यम से कवर किया गया है और एल.आई.सी./अन्य कम्पनी द्वारा अनजाने में प्रीमियम प्राप्त होता है, तो उस स्थिति में बीमा कवर रु. 2.00 लाख के लिए प्रतिबंधित हो जायेगा तथा प्रीमियम जब्त कर लिया जायेगा।

9. जोखिम आस्थगन : यदि नियत तिथि पर प्रीमियम राशि की अदायगी हेतु खाते में अपर्याप्त शेष राशि जैसे तकनीकी कारणों से बीमा कवर पर रोक लग जाये, तो ऐसे में अनुग्रह अवधि के बाद प्रीमियम राशि की प्राप्ति एवं अच्छे स्वास्थ्य का घोषणा-पत्र के बाद बीमा कवर को पुनः चालू किया जा सकता है।
10. पूर्वानुमान अथवा भार/बाधा पर रोक : इस योजना के तहत बीमित लाभ केवल निजी हैं, उन्हें किसी भी प्रकार से अभ्यर्पित, प्रभारित अथवा हस्तान्तरित नहीं किया जा सकता है।
11. योजना में संशोधन अथवा समापन : 'बैंक' अथवा 'बीमा कम्पनी' के पास एक माह पूर्व सूचनादेकर किसी भी समय इस योजना को समाप्त करने अथवा वार्षिक नवीनीकरण की तिथि को योजना के नियमों में संशोधन करने का अधिकार है। योजना के नियमों में किया जाने वाला कोई भी संशोधन 'बीमा कम्पनी' तथा 'बैंक' के बीच परस्पर समझौते के आधार पर होगा।
12. क्षेत्राधिकार : योजना के तहत जारी किये जाने वाले सभी बीमा कवर भारतीय संविदा के अन्तर्गत ही होंगे और वे यथासंशोधित बीमा अधिनियम 1938 एवं आयकर अधिनियम 1981 तथा तदन्तर जारी किसी भी प्रकार के कानून सहित भारतीय कानूनों के तहत ही होंगे। किसी भी सदस्य की मृत्यु पर योजना के तहत मिलने वाले सभी लाभ भारतीय रूपयों में ही देय होंगे।
13. समझौता ज्ञापन (एम.ओ.यू.) : योजना के अन्तर्गत आने वाले सभी प्रकार के बीमा कवरों को शामिल करते हुए बीमा कम्पनी बैंक के साथ एक समझौता ज्ञापन (Memorandum of Understanding) प्रस्तुत करेगी।
14. अनुग्रह अवधि : बीमा कम्पनी के निर्दिष्ट कार्यालय में प्रीमियम की अदायगी हेतु नियत तिथि से 30 दिनों की अवधि अनुग्रह अवधि होगी। अनुग्रह अवधि के दौरान मृत्यु होने पर नियम-7 में परिभाषित बीमित लाभ प्रीमियम राशि की प्राप्ति पर देय होंगे।
15. योजना में नामांकन : प्रारम्भ में 1 जून 2015 से 31 मई 2016 तक की 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। प्रारम्भिक नामांकन की अवधि के बाद 31 अगस्त 2015 तथा 30 नवम्बर 2015 तक की विस्तारित अवधि में योजना में शामिल होने पर एक स्व-प्रमाण पत्र देना आवश्यक होगा कि उनका स्वास्थ्य अच्छा है और वे किसी भी 'गम्भीर बीमारियों', जैसा कि नामांकन के समय सहमति-सह-घोषणा पत्र में उल्लेख किया गया है, से ग्रस्त नहीं हैं। इस योजना के बाहर निकलने वाले व्यक्ति किसी भी समय, भविष्य के वर्षों में, निर्धारित प्रोफार्मा में अच्छे स्वास्थ्य का घोषणा-पत्र प्रस्तुत

कर 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, यदि वह जारी हो तो, अच्छे स्वास्थ्य का घोषणा-पत्र प्रस्तुत कर शामिल हो सकते हैं, यदि उस समय योजना चालू है।

16. **हिताधिकारी का नामांकन :** प्रत्येक सदस्य अपने पति/पत्नी, एक या एक से अधिक बच्चों, अपने पर निर्भर व्यक्तियों का हिताधिकारी के रूप में नामांकन करेगा। यह नामांकन समय-समय पर यथासंशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के अनुरूप होगा। हिताधिकारी के अवयस्क होने की स्थिति में सदस्य द्वारा बीमा लाभों को प्राप्त करने के लिए नामित व्यक्ति को विनिर्दिष्ट किया जाये। नामांकन से सम्बन्धित पूरा रिकार्ड बैंक द्वारा अपने पास रखे गये सदस्यों के रजिस्टर में दर्ज किया जायेगा। बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर मिलने वाले सभी लाभ नामित हिताधिकारी को अदा किये जायेंगे।
17. **अभ्यर्पण मूल्य/परिपक्वता लाभ :** इस पालिसी के तहत किसी भी प्रकार को कोई अभ्यर्पण मूल्य अथवा परिपक्वता लाभ देय नहीं होगा।
18. **दावे का निपटान :** मृत्यु की सूचना मिलने पर सम्बन्धित बैंक द्वारा नामित हिताधिकारी से प्राप्त बीमा प्रमाण पत्र, दावा फार्म (अनुबन्ध-7), मृत्यु प्रमाण पत्र, डिस्चार्ज फार्म (अनुबन्ध-8), को बीमा कम्पनी के दावा-निपटान इकाई कार्यालय स्तर पर निपटान हेतु बैंक की विनिर्दिष्ट शाखा को प्रेषित किया जायेगा। दावे की स्वीकृति के बाद दावा राशि नामित के बैंक खाते में अदा कर दी जायेगी और बैंक की (अनुबन्ध-9) विनिर्दिष्ट शाखा को इसकी सूचना दे दी जायेगी। यदि दावे की स्वीकृति न की गयी हो अथवा किन्ही दस्तावेजों की आवश्यकता पड़ने पर भी इस आशय की सूचना बैंक की विनिर्दिष्ट शाखा को दी जायेगी।
19. **मास्टर पालिसी धारक :** सहभागी बैंक मास्टर पालिसी धारक होंगे। सहभागी बैंक के साथ परामर्श के पश्चात् जीवन बीमा निगम, / अन्य बीमा कम्पनी द्वारा एक सरल और ग्राहक अनुकूल प्रशासन और दावा निपटान की प्रक्रिया को अन्तिम रूप दिया जायेगा।
20. **प्रीमियम की दरें एवं बीमा शर्तें :** जिन बीमा शर्तों एवं प्रीमियम की दरों पर बीमा कम्पनी योजना को लागू करने के लिए तैयार है, वे बैंक एवं बीमा कम्पनी के बीच समझौते के अनुरूप ही होगी। किसी भी वार्षिक नवीनीकरण की तिथि पर बीमा कम्पनी द्वारा समय-समय पर जोखिम की शर्तों एवं प्रीमियम दरों में संशोधन किया जा सकता है, बशर्ते बैंक को 3 माह पूर्व सूचना दी गयी हो।
21. **प्रीमियम का भुगतान :** सहभागी बैंक नियमित नामांकन के मामले में प्रतिवर्ष 30 जून या इससे पूर्व तथा अन्य मामलों में प्राप्ति के महीने में प्रीमियम प्रेषित करेगा।
22. **प्रीमियम का विनियोजन :**
  - एलआईसी/बीमा कम्पनी को बीमा प्रीमियम : ₹0 289.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।
  - बीसी/माइक्रो/निगमित/अभिकर्ताओं को व्यय की प्रतिपूर्ति : ₹. 30.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।
  - सहभागी बैंकों को प्रशासनिक व्यय की प्रतिपूर्ति : ₹. 11.00 प्रति वर्ष प्रति सदस्य।

## Consent-cum-Declaration Form

(To be filled in by members joining the scheme during 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* |  |                     |  |
|    |  |  |                     |  |

\*Strike whichever is not applicable

Re: Consent-Cum-Declaration for 'Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana' of LIC of India

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 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 & Signature of Bank Branch Official.

## 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* |  |                     |  |
|    |   |  |                     |  |

\* Strike out whichever is not applicable

Re: Consent-Cum-Declaration for 'Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana' of LIC of India

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 an 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.

Annexure 4

## ACKNOWLEDGEMENT SLIP

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.

**Data Structure for 'PRADHAN MANTRI JEEVANJYOTI BIMA YOJANA'**

**ANNEXURE- 5**

|                         |               |    |   |  |
|-------------------------|---------------|----|---|--|
| Bank IFSC Code          | Alpha-numeric | 11 | M | IFSC of branch opening the bank account                          |
| Batch Id                | Number        | 10 | M | Unique Running No. allotted by a bank                            |
| Batch Date              | Date          | 10 | M | Date on which batch sent   |
| Account Holder's Name   | Alpha-numeric | 50 | M | Name of the Bank Account holder                                  |
| Father / Spouse Name    | Alpha-numeric | 50 | M | Name of the Father or Husband of Bank Account holder             |
| Gender                  | Alphabetic    | 1  | M | can have these values (M - Male ; F - Female ; T - Transgender ) |
| Date Of Birth           | Date          | 10 | M | Date of Birth of the account holder                              |
| Date Of Opening Account | Date          | 10 | M | The date on which the account was opened                         |
| Bank Account No         | Alpha-numeric | 30 | M | Bank Account Number  |
| UIDAI(Aadhar) No        | Numeric       | 12 | M | Aadhar Number  |
| Pin Code                | Numeric       | 6  | M | Pin Code of the members residence                                |
| Date of Joining Scheme  | Date          | 10 | M | date of joining the LIC scheme                                   |
| Pan Card No             | Alpha-numeric | 10 | O | Pan Card Number  |
| Email id                | Alpha-numeric | 50 | O | Email id of the account holder                                   |
| Mobile Number           | Numeric       | 12 | O | Mobile number of the account holder                              |
| Name of Nominee         | Alpha-numeric | 50 | O | Name of the person designated as nominee in bank records         |
| Agency / BC Code        | Alpha-numeric | 15 | O | Agency Code or BC code , if applicable                           |

\*\* Date fields will be in DD/MM/YYYY format

\*\* M stands for Mandatory Field and O for Optional

## CERTIFICATE OF INSURANCE

(To be issued to the Members covered under Pradhan Mantri JeevanJyoti Bima Yojana)

Name of the Master Policy Holder : \_\_\_\_\_ Bank

Master Policy No. : \_\_\_\_\_

Benefits payable on death : Rs.2,00,000/- (Rupees Two Lakhs Only)

Name of the Insured : Shri/Smt. \_\_\_\_\_  
(Name in Full)

DOB( As per Aadhar) : \_\_\_\_\_ LIC ID : \_\_\_\_\_

Savings Bank Account No. : \_\_\_\_\_

Aadhar No. : \_\_\_\_\_

Date of entry into the scheme : \_\_\_\_\_

Premium: Rs.330/- pa + Service Tax if payable. Renewal Premium will be as decided from time to time.

Frequency of premium : Yearly – on 1<sup>st</sup> of June every year

Nominee : \_\_\_\_\_ Relationship : \_\_\_\_\_

This is to certify that the above member is covered under the scheme of insurance effected under the above master policy. Insurance benefits are available to the member subject to the conditions specified in the policy document.

Date : \_\_\_\_\_

Signature of Issuing Official

Note : 1) This certificate is primarily issued to create awareness about insurance effected on the life of the member. It does not confer any legal rights on the nominee/or any other person to claim the benefits under the policy. The benefits will be payable only to the authorized person specified in the policy and subject to the fulfillment of the conditions specified therein. 2) For information about lodging of claims under the Scheme, please contact the bank



PRADHAN MANTRI JEEVANJYOTI BIMA YOJANA – CLAIM FORM

(to be completed by the Claimant & Bank)

1. NAME OF THE SCHEME : Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana

2. POLICY NO :

3. FULL NAME AND ADDRESS  
OF THE BANK :

---

4. FULL NAME OF THE DECEASED MEMBER : LIC ID :

5. DATE OF ENTRY INTO  
SCHEME BY MEMBER :

6. DATE OF DEATH OF MEMBER :

7. WHETHER DEATH IS DUE TO ACCIDENT : YES / NO.

If Yes, submit documentary proof

8. WAS THE MEMBER COVERED  
AS ON THE DATE OF DEATH AND PREMIUM  
DEBITTED ON THE RENEWAL DATE :

9. Name of the Nominee :

---

We hereby declare that the answers to all the above questions are true in every respect. We enclose Death Certificate as the proof of death of the Member.

\_\_\_\_\_  
(Signature of the Nominee)

We hereby certify that as per our records, Shri/Smt. \_\_\_\_\_ is the nominee of the above insured Member.

PLACE \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of authorized official of the Bank)

Seal

Encl: Death Certificate, Discharge Form, Certificate of Insurance.

In case of death due to Accident, FIR, PMR, Panchanama also shall be submitted.

**DISCHARGE RECEIPT FOR PAYMENT UNDER PMJBY SCHEME**

Policy No: \_\_\_\_\_

Name of the Bank : \_\_\_\_\_

I/We, \_\_\_\_\_

Do hereby acknowledge receipt from the LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA, the sum of Rs.2,00,000/- (Rupees Two lakhs only) in full satisfaction and discharge of all our claim/s under the above Policy on the life of member Shri/Smt. \_\_\_\_\_, under LIC ID \_\_\_\_\_

Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Revenue  
Stamp

(Signature of the Nominee)

Nominee Bank Account Details :

Nominee Name : \_\_\_\_\_

Name of the Bank : \_\_\_\_\_

Branch : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aadhar No. of Nominee/Claimant : \_\_\_\_\_

Bank Account No. : \_\_\_\_\_

IFSC Code : \_\_\_\_\_

(Copy of cancelled cheque to be attached)

(Signature of the Nominee)

(Signature of the authorized Bank Of

Seal

LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA  
Name of P&GS Unit : LUCKNOW  
ADDRESS

Ref : PNGS/PMJBY/policy no

Date:.....

Name of Nominee

Address Line 1

Address Line 2

Address Line 3

Name of State

Pincode

Dear Sir / Madam

Reg : Death Claim under PMJBY Policy no .....

We are crediting to your Bank Acc No. xxxxxxxxxxxxxx of ..... bank.

IFSC Code : .....

The amounts are as per particulars listed below

| LIC ID | Emp Name | EMP NO | LCSA | TOTAL |
|--------|----------|--------|------|-------|
|--------|----------|--------|------|-------|

TOTALS: LCSA :xxxxxx

Total: xxxxxx

Yours Faithfully

Manager (PNGS)