

# कार्प सुरक्षा आवेदन पत्र CORP SURAKSHA APPLICATION FORM

प. कू. I.D. 222

शाखा प्रबंधक The Branch Manager

## कार्पोरेशन बैंक Corporation Bank

.....शाखा Branch

प्रिय महोदय Dear Sir,

दिनांक Date .....200 .

शिक्षा ऋण उधारकर्ता हेतु भारतीय जीवन बीमा निगम की समूह बीमा योजना हेतु सहमति-सह-प्राधिकार  
Re : Consent-Cum-Authorization for Group Insurance Scheme of LIC of India for Educational Loan Borrower

मैं, श्री / श्रीमती / कुमारी ..... कार्पोरेशन बैंक से शिक्षा ऋण प्राप्तकर्ता, एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम की समूह बीमा योजना का सदस्य बनने हेतु अपनी सहमति देता हूँ जो कार्पोरेशन बैंक द्वारा मास्टर पॉलिसी धारक के रूप में प्रशासित की जाएगी। मेरे विवरण निम्नवत हैं।

I, Shri / Smt / Kum ..... availing / availed an education loan from Corporation Bank, hereby give my consent to become a member of the Life Insurance Corporation of India's Group Insurance Scheme, which will be administered by Corporation Bank as Master Policy Holder. My details are as below

नाम (बड़े अक्षरों में)  
Name (in capitals) : श्री / श्रीमती / कु Shri / Smt. / Kum. ....

जन्मतिथि Date of Birth : ..... (दिन / माह / वर्ष) (DD / MM / YYYY)

यथातिथि आयु  
Age (nearer Birthday) as on date : ..... वर्ष / आयु प्रमाण प्रस्तुत years. Age Proof Submitted

यथातिथि प्राप्त ऋण / बकाया  
Loan Availed / Outstanding as on date : ..... समाकि EMI..... (जहाँ कहीं लागू) (wherever applicable)

प्रीमियम राशि Premium Amount : ₹. Rs. ....

ब्याज दर Rate of Interest : ..... ऋण अवधि Loan Term : .....

ऋण खाता सं Loan Account No. : .....

पिता / पति का नाम  
Father's / Husband's Name : श्री Shri .....

पता Address : .....

मैं ..... एतद्वारा निम्नलिखित व्यक्ति को नामित करता हूँ जिन्हें मेरी मृत्यु की स्थिति में आप द्वारा इस समूह बीमा योजना के तहत बीमा राशि का भुगतान किया जा सकता है।

I ..... hereby nominate the following person to whom, in the event of my death, the Sum Assured under this Group Insurance Scheme may be paid by you :

नामिती का नाम Name of the Nominee	नामिती का पता Address of the Nominee	जमाकर्ता से संबंध Relationship with Borrower	आयु Age	अगर नामिती नाबालिग है तो उसकी जन्मतिथि If the Nominee is a minor, his / her date of birth

**जहाँ नामिती नाबालिग है, वहाँ इसे भरें To be filled in where nominee is minor**

चूँकि इस तिथि को नामिती नाबालिग है, इसलिए मैं श्री / श्रीमती / कु.....

.....(नाम, पता तथा आयु) को मेरी / नामिती की वयस्कता के दौरान नाबालिग की मृत्यु की स्थिति में नामिती की ओर से जमाराशि प्राप्त करने हेतु नियुक्त करता हूँ।

As the nominee is a minor on this date, I appoint Shri. / Smt. / Kum. ....

..... (Name, Address and Age) to receive the amount of the deposit on behalf of the nominee in the event of my / minor's death during the minority of the nominee.

**प्रीमियम राशि                      राशि                      योजना में प्रवेश की तारीख अथवा वार्षिक नवीकरण की तारीख को आयु वर्ग**  
**Premium Amount :                      Amount                      Age Group as at entry into the Scheme of Annual Renewal Date**

रु. Rs. 1.12 प्रति per 000 बीमाकृत राशि SA                      18 - 29 वर्ष yrs

रु. Rs. 1.45 प्रति per 000 बीमाकृत राशि SA                      30 - 39 वर्ष yrs

मैं आपको / आपकी शाखा में मौजूद मेरे शिक्षा ऋण / बचत / चालू खाते से (रुपये ..... मात्र) नामे करने हेतु प्राधिकृत करता हूँ

I hereby authorize you to debit my Education Loan / Savings / Current Account with your Branch with (Rupees .....only)

इसके अलावा मैं आपको प्रत्येक वार्षिक नवीकरण की तारीख को देय उचित वार्षिक प्रीमियम उपर्युक्त दर से अपने उपरोक्त खाते से नामे करने हेतु भी प्राधिकृत करता हूँ।

Further I also authorize you to debit my above account with the appropriate annual premium due on every Annual Renewal Date at above rate.

यद्यपि मैं वर्तमान में श्रेणी I के आयु वर्ग के तहत हूँ लेकिन जैसे ही मैं श्रेणी I के आयुवर्ग को पार कर जाऊँ उस समय मौजूद दरों पर श्रेणी II के तहत आयु वर्ग हेतु मेरे लिए लागू प्रीमियम नामे करने के लिए भी मैं आपको प्राधिकृत करता हूँ।

Though at present I am a member under age group in Category I, I also authorize you to debit the enhanced premium as will be applicable to me, once I cross over to the age group under Category II at the rates then prevailing.

मैं घोषित करता हूँ कि मेरा स्वास्थ्य ठीक है तथा मैं यथा तिथि को किसी गम्भीर बीमारी अथवा कैंसर, एड्स जैसी बीमारी जिन्हें चिकित्सा इलाज की जरूरत जैसी हालत, ओपेन च्हेस्ट सर्जरी, गम्भीर हृदय दर्द की बारंबारता, किडनी की खराबी, पक्षाघात अथवा ब्रेनस्ट्रोक से पीड़ित नहीं हूँ अथवा हृदय, फेफड़े, लिवर अथवा किडनी जैसा कोई प्रतिरोपण नहीं हुआ है।

I declare that I am in sound health and am not suffering or have not suffered from any critical illness or condition requiring medical treatment like cancer, AIDS, condition requiring open chest surgery, History of typical chest pain, Kidney Failure, Brain Stroke or Paralysis or have not undergone a major transplantation such as Heart, Lung, Liver or Kidney as on date.

मैं सहमत हूँ कि योजना में मेरी सदस्यता तब तक रहेगी जब तक सभी देय प्रीमियम अदा किए जाते हैं तथा जब तक मैं 40 वर्ष की आयु पूरी करता हूँ। जब तक मैं योजना का सदस्य बने रहने के लिए पात्र हूँ आप मेरा प्रीमियम वसूल करते रहें। मैं सहमत हूँ कि अगर मैं आपकी शाखा से अपना खाता बन्द कर देता हूँ तो आगामी वार्षिक नवीकरण की तारीख से ही इस योजना की मेरी सदस्यता समाप्त हो जाएगी।

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 40 yrs. You may continue to recover my premium as long as I am eligible to remain a member of the scheme. I agree that incase I close my account with your Branch Office, I will cease to be a member of this scheme from the immediately following Annual Renewal Date.

मैं सहमत हूँ कि अगर किसी कारण आपकी शाखा मेरे खाते में नामे करके प्रीमियम की धनराशि वसूल करने की स्थिति में नहीं है तो कारपोरेशन बैंक की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी। इसके अलावा यदि किसी कारण वश बैंक द्वारा प्रीमियम की राशि वसूल नहीं की जाती है तो भारतीय जीवन बीमा निगम की कोई देयता नहीं होगी तथा ऐसी किसी स्थिति में कोई दावा देय नहीं होगा।

I agree that no liability will attach to Corporation Bank if for any reason your branch is not in a position to recover the premium amount by debiting my account. Further, if the premium is not recovered by the bank for any reason whatsoever no liability will attach to Life Insurance Corporation of India and no claim will be payable in such an instance.

मैं उपर्युक्त योजना की शर्तों का पालन करने के लिए सहमत हूँ।

I agree to abide by the terms and conditions of the above Scheme.

मैं आपके भारतीय जीवन बीमा निगम को मेरे समूह बीमा योजना में प्रवेश करने संबंधी विवरण सूचित करने हेतु सहमत हूँ।

I agree to your conveying the above particulars regarding my admission into the group insurance scheme to LIC of India.

मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सत्य है तथा यह कि मैं सहमत हूँ व घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त सूचना उपरोक्त योजना में प्रवेश का आधार होगी तथा यदि कोई सूचना असत्य पाई जाती है तो योजना की मेरी सदस्यता योजना में शामिल होने की तारीख से निरस्त मानी जाएगी तथा इसके संबंध में भुगतान की गई सभी राशियां जप्त हो जाएंगी।

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.

दिनांक Date ..... माह on the ..... वर्ष Year .....

हस्ताक्षर की जांच की Signature Verified  
(शाखा अधिकारी) (Branch Official)

हस्ताक्षर Signature  
पता Address

आवासीय दूरभाष सं. Residential Tel. No.  
ई-मेल आईडी यदि है, तो। E-mail ID, if any