

दूरध्वनीक्र. २६४७२९३९/२६४७४२९९

फॅक्स नं. : २६४७५८९४

Email : ciro@mahadiscom.in प्रा. अनंत काणेकर मार्ग, वांद्रे (पूर्व),

website: www.mahadiscom.in मुंबई- ४०० ०५९.

औद्योगिक संबंध विभाग,

प्लॉटजी-९, प्रकाशगड, ४था मजला

जा.क्र. : औसंवि/ब/विमा योजना/

No - 8659

दिनांक : 17 APR 2017

परिपत्रक

विषय : प्रधान मंत्री सुरक्षा विमा योजनेमध्ये सहभागी होण्यासाठी कर्मचाऱ्यांचे संमतीपत्र / अर्ज भरून घेणे व ते संबंधीत कर्मचाऱ्यांच्या बँकेकडे जमा करणेबाबत

संदर्भ: १) सां. का.चे परिपत्रकक्र. औसंवि/ब/विमा योजना/१३०३८, दि.०७/०५/२०१६.
२) सां. का.चे पत्र क्र. औसंवि/ब/६५९८, दि.२३/०३/२०१७.

‘प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना’ व ‘प्रधानमंत्री जीवन ज्योती विमा योजना’ या योजनांचा लाभ महावितरण कंपनीतील सर्व कर्मचाऱ्यांनी घ्यावा याबाबत उपरोक्त संदर्भिय परिपत्रक क्र. ०९ अन्वये यापूर्वीच कळविण्यात आलेले आहे.

सदर दोन्ही योजनांचा कालावधी (१ जुन ते ३१ मे) असा असून विमा राशीची रक्कम प्रत्येकी रु. २ लाख आहे. सदर योजनांचा लाभ घेण्यासाठी कर्मचाऱ्यांनी वैयक्तिकरित्या त्यांच्या बँक बचत खाते मधुन ‘प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना’ करिता वार्षिक विमा हप्ता रु.१२/- व ‘प्रधानमंत्री जीवन ज्योती विमा योजना’ करिता वार्षिक विमा हप्ता रु. ३३०/- इतकी रक्कम वैयक्तिकरित्या विमा योजनेचा लाभ घेण्याकरिता अदा करण्यासाठी संबंधीत बँकेत संमतीपत्र / अर्ज सादर करणे बंधनकारक आहे. उपरोक्त संदर्भिय परिपत्रकान्वये या योजनांसंदर्भातील माहिती क्षेत्रिय कार्यालयापर्यंत प्रसारित करून देखील या योजनांमध्ये फारच कमी कर्मचाऱ्यांनी सहभाग घेतल्याचे निदर्शनास आले आहे.

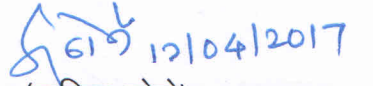
सदर योजना भारतातील नागरिकांसाठी सामाजिक सुरक्षिततेची योजना म्हणून केंद्र शासनाच्या वतीने सुरु करण्यात आलेली आहे. या कल्याणकारी योजनेमध्ये सर्व कर्मचाऱ्यांनी सहभागी होणे, कर्मचारी व कुटूंबियांसाठी लाभदायक आहे. ‘प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना’ करिता ज्या कर्मचाऱ्यांचे बँकेमध्ये बचत खाते आहे, असे कर्मचारी व त्यांचे कुटूंबिय (ज्यांचे बँक बचत खाते आहे) याचा लाभ घेण्यासाठी पात्र आहे. कर्मचाऱ्यांनी या योजनेकरिता संमतीपत्र / अर्ज संबंधीत बँकेत दिल्यानंतर बँकेद्वारे प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना सुरु करण्यात येते.

महावितरण कंपनीतील सर्व कर्मचाऱ्यांना या सामाजिक सुरक्षिततेच्या कल्याणकारी योजनेचा लाभ व्हावा, यासाठी खालील प्रमाणे कृती आराखडा राबविण्यात येत आहे.

१. महावितरण कंपनीतील सर्व कर्मचाऱ्यांचे मासिक वेतन हे संबंधीत कर्मचाऱ्यांच्या बँक खात्यावर जमा करण्यात येते. त्यामुळे सर्व कर्मचाऱ्यांनी प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेचा लाभ घेण्यासाठी आवश्यक असलेला योजनेचा अर्ज / संमतीपत्र ते काम करित असलेल्या वेतन व देयक / मानव संसाधन विभागाकडे विनाविलंब दि. २५/०४/२०१७ पर्यंत द्यावेत. (प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेचा अर्ज / संमतीपत्र सोबत जोडले आहे.)

२. कर्मचाऱ्यांनी प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेचा लाभ घेण्यासाठी दिलेला परिपूर्ण अर्ज / संमतीपत्र संबंधीत वेतन व देयके विभागाकडून संबंधीत कर्मचाऱ्यांचे ज्या बँकेमध्ये व ज्या बँक खाते क्रमांकावर मासिक वेतन अदा करण्यात येते त्या बँकेकडे दि. १५/०५/२०१७ पर्यंत जमा करण्यात येऊन, सदर अर्ज / संमतीपत्र मिळाल्याची पोच त्या बँकेकडून घ्यावी.
३. 'प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना' करीताचा वार्षिक विमा हफता रु. १२/- (रुपये बारा मात्र) संबंधीत कर्मचाऱ्यांच्या बँक खात्यावरून माहे मे २०१७ या कालावधीमध्ये संबंधीत बँकेमार्फत कपात करण्यात येईल व कर्मचाऱ्यांना या योजनेचा लाभ दि. ०१/०६/२०१७ ते दि. ३१/०५/२०१८ या कालावधीपर्यंत मिळेल.
४. संबंधीत परिमंडळाच्या उप मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी यांनी परिमंडळातील सर्व कर्मचाऱ्यांनी प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजनेचा लाभ मिळण्यासाठी आवश्यक असलेला अर्ज / संमतीपत्र वेतन व देयके विभागाकडे विहित मुदतीत प्राप्त झाला असल्याची खात्री करावी. तसेच या संदर्भात सर्व विभागीय व मंडल कार्यालयांशी देखिल पाठपुरावा करावा. सदर योजनेचा लाभ सर्व कर्मचाऱ्यांना मिळेल यादृष्टीने या कामी संबंधीत परिमंडळाच्या सहा. महाव्यवस्थापक (मानव संसाधन) व जनसंपर्क अधिकारी यांचे सहकार्य घ्यावे.
५. 'प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना' परिमंडळातर्गत सर्व कर्मचाऱ्यांसाठी दि. ०१/०६/२०१७ पासून सुरु होईल, याकरीता संबंधीत बँकांकडे पाठपुरावा करण्यासाठी व त्यासंदर्भातील माहिती घेण्यासाठीचा कृती आराखडा दि. २०/०५/२०१७ पर्यंत यशस्वीपणे पूर्ण झालेला आहे, याची उप मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी यांनी खात्री करावी व त्याची सविस्तर माहिती सांघिक कार्यालयास दि. २९/०५/२०१७ पर्यंत सादर करावी.

वरिल प्रमाणे कृती आराखडा महावितरण कंपनीत यशस्वीपणे राबविण्यासाठी परिमंडळातील सर्व कामगार संघटनांच्या पदाधिकाऱ्यांची बैठक घेवून त्यांना उपरोक्त योजना व या योजनांचे लाभ याबाबतची सविस्तर माहिती देण्यात यावी.


 (सचिन ढोले)
 कार्यकारी संचालक (मासं)

प्रत : प्रेषण यादी प्रमाणे क्षेत्रीय कार्यालयातील कार्यकारी अभियंता स्तरापर्यंत.



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 _____ 2. Address _____ _____ _____ _____	5. Mobile /Contact Number _____ 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 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 BimaYojana to Universal Sampo General Inirance Company Ltd. (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 of the Account Holder

Signature verified
 (Bank Branch Official)

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 BimaYojana with Universal Sampo General Inirance Company Ltd. (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 _____ _____	2. Name of the Bank with address _____ _____ Saving Account No. _____
Contact Number _____	
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)