



వి విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్

రిజిస్టర్డ్ నెం. MSCS/CR/1101/2014

(మల్టీ స్టేట్ కోఆపరేటివ్ అర్బన్ బ్యాంకు)

జమా విభాగం, హెడ్డాఫీస్, ద్వారకానగర్, విశాఖపట్నం-530 016

ఈమెయిల్ : insurance@vcbl.in, vcblinsurance@gmail.com

బ్రాంచి :

సభ్యులకు సామూహిక ఆరోగ్య జమా పథకంలో చేరుటకు సమ్మతి పత్రం

మీకు అన్వయించే పథకం (Scheme) ఎదురుగా (✓) గుర్తు పెట్టండి.

పథకం	సభ్యుల కేటగిరి	ఏడాది గరిష్ట పరిమితి	నిర్వహణ ఖర్చులు	గుర్తు
SCHEME A	తేది అక్టోబర్ 31, 2019 నాటికి రూ. 5,000/-ల లోపు షేరుధనం కలిగిన సభ్యులకు	రూ. 30,000-00	రూ. 200-00	
SCHEME B	తేది అక్టోబర్ 31, 2019 నాటికి రూ. 5,000/- అంతకంటే ఎక్కువ షేరుధనం కలిగిన సభ్యులకు	రూ. 50,000-00	రూ. 300-00	

To

వి బ్రాంచి మేనేజర్

వి విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్

..... బ్రాంచి

..... నగరం

ఆర్యా!

విషయం : బ్యాంకు సభ్యుల సామూహిక ఆరోగ్య జమా 2019-20 (తేది 02-12-2019 నుండి 01-12-2020 వరకు)

పథకంలో చేరుటకు సమ్మతి పత్రం

పై విషయంపై మన బ్యాంకు వారు సభ్యులందరికీ ఇచ్చిన పరిచయ పుస్తకంను నేను చదివి అర్థం చేసుకొన్నాను. మన బ్యాంకు నిర్ణయించిన మేరకు పై పథకంలో చేరుటకు నేను అర్హత కలిగియున్నాను.

నా జీవిత భాగస్వామి కూడా బ్యాంకులో సభ్యత్వం కలిగి వుండి, పై పథకంలో చేరుటకు అర్హులు.

నా జీవిత భాగస్వామి సభ్యులు కారు. నా / మా వివరాలు ఈ దిగువ ఇస్తున్నాను / ము.

క్రమసంఖ్య	వివరము	సభ్యునివి	జీవిత భాగస్వామివి
1.	పేరు		
2.	జనరల్ నెంబర్		
3.	పుట్టిన తేది		
4(A)	(i) బ్యాంకు SB A/c. నెం.		
	(ii) కస్టమర్ I.D. నెం.		
4(B)	బ్యాంకు బ్రాంచి		
5(A)	ఆధార్ నెంబర్		
5(B)	పాన్ కార్డు నెంబర్		
6.	తేది 31-10-2018 నాటికి షేరుధనం		
7.	తేది 31-10-2018 నాటికి డిపాజిట్లు		
8.	తేది 31-10-2018 నాటికి మిగిలి వున్న రుణశేషం / ఋణ ఖాతా నెంబరు		
9.	ఫోన్ నెంబర్		

ధృవీకరణ : నేను / మేము ఈ దిగువ ధృవీకరణ చేయుచున్నాను / ము.

1. బ్యాంకువారు పై పథకం నిర్వహణ ఖర్చులని పై బ్రాంచిలోగల మా సేవింగ్స్ ఖాతా నుండి డెబిట్ చేసి తీసుకొనవచ్చును.
2. ప్రతీ రెన్యూవల్ సమయంలో మాకు అర్హత వుండిన పక్షంలో పై విధంగా నిర్వహణ ఖర్చులని మా సేవింగ్స్ ఖాతా నుండి డెబిట్ చేసి తీసుకొనవచ్చును.
3. పథకం మధ్యలో పథకం నుండి వైదొలగుటకు వీలుపడదని మాకు తెలుసు.
4. రెన్యూవల్ సమయంలో వైదొలగదలచుకుంటే రెండు నెలల ముందుగా మీకు లిఖిత పూర్వకంగా నోటీసు ఇవ్వగలము.
5. నేను/మేము ఈ ఆరోగ్య బీమా పథకంలో బ్యాంకు వారు, బీమా కంపెనీ వారు విధించు అన్ని పాలసీ నియమాలు, నిబంధనలు, షరతులు, పరిమితులను పూర్తి గా అంగీకరిస్తూ, వాటిపై ఎటువంటి వివాదాలకు తావివ్వమని హామీ ఇస్తూ ఈ పథకంలో చేరుతున్నాను/ము.
6. **గమనిక : జీవిత భాగస్వామి సభ్యులు కానిచో వారి సంతకం అవసరం లేదు. కానీ ముందు పేజీలో చూపిన వారి ఇతర వివరాలు మాత్రం ఇవ్వాలి.**

సభ్యుని సంతకం

జీవిత భాగస్వామి సంతకం

(పేరు)

(పేరు)

తేదీ :

స్థలం :

చిరునామా :

డోర్ నెం. / ఫ్లాట్ నెం.	:
వీధి / అపార్ట్మెంట్	:
లోకాలిటీ	:
సిటీ	:
పిన్ కోడ్	:
ఫోన్ నెం.	:
ఈ-మెయిల్ ఐ.డి.	:

FOR BRANCH USE

Verified all the above particulars (including the status of the Loan Account / Deposit / Share Capital Amount) and found them correct. The member / Members may be enrolled into the Group Medical Scheme for Bank Members for the year **2019-20** (02-12-2019 to 01-12-2020).

Checked by

Branch Manager