



भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

Divisional Office-JODHPUR

SHANTA - JODHPUR 2654321 50x1000 pad/8/2018  
F.No. 155 (Annexure-I-A)

### **ADDENDUM TO THE APPLICATION FOR INSURANCE UNDER SSS**

I, Son/Daughter of ..... (Name) am Submitting a proposal dated ..... for life insurance with the Life Insurance Corporation of India (Hereinafter called the "corporation" and request that the policy for the proposal be issued by the Corporation under Salary Savings Scheme (hereinafter called the "Scheme") maintained with my Employer ..... (hereinafter called the "Employer") on the undermentioned terms and conditions.

- 1) The instalment premium as mentioned on the Schedule of the policy to be issued shall be payable on the due dates during the term of the policy or earlier death so long as I continue to be the employee of the present employer. If the premium is not paid during the days of grace the policy will lapse.
- 2) I agree that I shall be entirely responsible for keeping the policy to be issued by the corporation in force by regular payments of premiums on due dates, but since I am an employee of ..... where Salary Savings Scheme of the Corporation in operation. I hereby authorise my employer ..... to make monthly deduction of premium amount from my salary and remit the same to the Corporation acting as a representative on my behalf.
- 3) The premiums including arrears of premiums with interest, if any as may be intimated by the Corporation to the employer, be deducted from my salary or any other compensation that may be payable to me by the employer for every due month regularly and remitted to the corporation within the stipulated time up to the month and the year of the last instalment as may be indicated by the Corporation of till give a specific notice in writing to the corporation and to the employer of till I leave the services of the employer.
- 4) It is further declared and agreed that while deducting the premium from my salary and remitting it to the Corporation the employer is acting on my behalf and in no way the employer is representing the corporation.
- 5) As stated, I shall be entirely responsible for keeping the policy to be issued by the Corporation in force by ensuring the payment of premium to the corporation within the Stipulated time, In the event of the non-payment of the premium to the Corporation by the employer for whatever reason, It shall be my responsibility to make the payment of premium directly to the corporation together with any additional charges as applicable for monthly payment or premium and with interest, if any to keep the policy in force.
- 6) I agree that in the event of the said policy becoming lapsed on account of the non-payment of the premiums to the Corporation within the stipulated time for whatever reasons, the liability of the corporation will be limited to the extent of the premiums actually received by it and the Corporation shall not be held responsible for any claim beyond this liability as assured to the said policy at the time of its lapsation.
- 7) I also agree that the authorisation for the deduction of premium from my salary and its remittance to the Corporation will not be withdrawn by me until the premium have been paid for a minimum period of three years from the date of commencement of this procedure.
- 8) I agree that in the event of the ceassation of the said policy from the Scheme on account of my leaving the employment of the employer or the Scheme being withdrawn from the employer, the premium shall stand increased by the imposition of the additional charges for the monthly payment that has been waived under the Scheme at the rate of 5% of the premium exclusive of any premium charged for the double accident benefit or any other extra premium.
- 9) I undertake to inform the Corporation from time to time any change in my address for communication.
- 10) During the period in which the said policy is under the Scheme, the instalment premium will be deemed to fall due on 20th day of each month instead of the due date mentioned in the said policy.  
on the ..... day of (month) ..... 20

Signature of the Witness

Name .....

Address .....

Date & (Place)

Signature of Policy Holder





भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

Divisional Office-JODHPUR

F.No. 155 (Annexure-II-A)

## POLICY CLAUSE No. 22

- 1) This policy having been issued under the corporation's Salary Saving Scheme, it is hereby declared that the instalment premium shall be payable at the rate shown in the Schedule of the policy so long only as the life assured/proposer continues to be an employee of his/her present employer whose name is sated in the proposal and the premiums are collected by the said employer out of the Salary of the life assured/proposer as authorised by him/her and remitted to the corporation without any charge. It shall be the responsibility of the life assured/proposer to ensure that the instalment premium is deducted from his/her salary and remitted to the corporation or failing that premium is paid directly to the corporation within days of grace at increased rates.
- 2) In the event of the life assured/proposer leaving the employment of the said employer or the premiums ceasing to be so collected or the collected premium not remitted to the corporation the life assured/proposer must intimate the fact to the corporation and in the event of the Salary Savings Scheme being withdrawn from the said employer, the corporation shall intimate the fact to the life assured/proposer and all premiums falling due on and after the date of his/her leaving the employment of the said employer or ceassation of collection of premiums as remittance there of in the manner as aforesaid or withdrawal of the Salary Saving Scheme, as the case may be, shall stand increased by the imposition of the additional charge for monthly payment that has been waived under the Salary Saving Scheme at five percent of the premium exclusive of any premium charged for Accident Benefit and any other extra premium charged.
- 3) During the period in which the premium remitted to the corporation through the employer, the instalment premium will be deemed to fall due on the 20th day of each month instead of the due date within mentioned.
- 4) It is also declared that this policy shall stand lapsed if the due premium is not received by the corporation within 15 days of the due date as mentioned above and the life assured/proposer being primarily responsible to keep the policy in force, shall remit the defaulted premium dues together with the additional charges applicable for monthly payment and with interest, if any at the prevailing rates charged by the Corporation for the belated payment of premiums, in the event of the premium dues not remitted to the Corporation either by the employer or the life assured/proposer and the policy becoming lapsed, the liability of the Corporation under the within mentioned policy will be restricted to the extent, of the premiums actually received by it and to the provisions of the conditions and privileges governing the policy and no further relief for any claim shall be with the Corporation.

**p.Sr./Branch Manager**

**I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE IMPOSITION OF THE ABOVE CLAUSE No. 22 ON THE POLICY.**

**Signature of Policy Holder**

**Signature of the Witness** .....

**Name & Address** .....





भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA  
मण्डल कार्यालय, जोधपुर

## वेतन से प्रीमियम कटौती का प्राधिकार-पत्र

केवल राजस्थान-राज्य सरकारी कर्मचारियों के लिये जैसे : राजस्थान के समस्त विभाग

राज. राज्य विद्युत मण्डल, रोडवेज, पंचायत समिति आदि।

( प्रस्तावक द्वारा 'पॉलिसी विवरण' मद के अतिरिक्त दो प्रतियों में पूर्ण किया जावे )

सेवा में,  
( वेतन आहरण एवं संवितरण अधिकारी का पता )

स्थान .....

दिनांक .....

प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के ध्यान हेतु

कृपया वेतन से बीमा किस्त कटौती सुनिश्चित करें  
ताकि पॉलिसी को कालातीत होने से बचाया जा सके

महोदय,

मैंने भारतीय जीवन बीमा निगम से वेतन बचत योजना के अन्तर्गत एक जीवन बीमा पॉलिसी ली है। पॉलिसी का विवरण नीचे दिया गया है। प्रतिमास वेतन से कटौती करवाकर प्रीमियम देना चाहता हूँ। निवेदन है कि अधोलिखित किस्त की राशि सम्मुख लिखे गये माह से मेरे वेतन से लगातार कटौती की जाकर, और बकाया राशि वह भी ब्याज सहित काटकर..... वरिष्ठ / शाखा प्रबन्धक, भारतीय जीवन बीमा निगम शाखा कार्यालय, ..... को राशि भेजने की व्यवस्था करें। मैं यह स्वीकार करता हूँ कि आपका उत्तरदायित्व अन्तिम कटौती के मास तथा वर्ष तक अथवा मेरे द्वारा आपको तथा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकार निरस्त किये जाने हेतु विशिष्ट नोटिस देने तक मेरे वेतन से बीमा किस्त की कटौती की जाकर राशि समय पर भारतीय जीवन बीमा निगम को भेजने की व्यवस्था करने तक सीमित है। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि न्यूनतम पाँच वर्ष तक की किस्तें जमा करवाने से पूर्व प्राधिकारी नोटिस वापस नहीं लूंगा। आपके नियन्त्रण से बाहर कारणों तथा मेरे द्वारा अवैतनिक अवकाश पर चले जाने तथा बीमा किस्त की कटौती करवाये बिना अग्रिम वेतन लेने अथवा उक्त प्रकार अंकित न्यूनतम अवधि के पश्चात आपको तथा भारतीय जीवन बीमा निगम को उचित नोटिस द्वारा यह प्राधिकारी पत्र वापस लेने अथवा मेरा स्थानान्तरण किसी ऐसे कार्यालय में होने पर जहां वेतन बचत योजना लागू न हो के फलस्वरूप बीमा किस्त जमा न होने पर परिणाम के प्रति मेरा पूर्ण उत्तरदायित्व होगा। किसी भी स्थिति में अथवा किसी भी कारणवश भारतीय जीवन बीमा निगम द्वारा आपके कार्यालय से वेतन बचत योजना निरस्त किये जाने पर बीमा किस्तों की राशि सीधे भारतीय जीवन बीमा निगम को भेजने की व्यवस्था करके अपनी पॉलिसी को कालातीत होने से बचाने का उत्तरदायित्व मेरा होगा।

बीमाधारी का पूरा नाम ( साफ अक्षरों में ) .....

बीमाधारी के पिता का नाम .....

पद का नाम ..... वेतन बैज/टिकिट/पी.सी. संख्या .....

कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत है ..... भवदीय

( हस्ताक्षर )

### पॉलिसी विवरण ( निगम के कार्यालय के\* प्रयोग हेतु )

पी.ए.कोड संख्या	<input type="text"/>	शाखा कार्यालय कोड	<input type="text"/>	शाखा कार्यालय	<input type="text"/>
पॉलिसी संख्या		मासिक किस्त रूपये	मासिक किस्त कटौती का प्रभावी माह	अन्तिम किस्त कटौती का माह व वर्ष	
.....		.....	.....	.....	
.....		.....	.....	.....	

प्रति -

वरिष्ठ / शाखा प्रबन्धक  
भारतीय जीवन बीमा निगम

कृपया यहां से काट कर प्रेषित करें

स्थान .....

दिनांक .....

महोदय,

विषय : पॉलिसी संख्या ..... श्री ..... के जीवन पर उपर्युक्त पॉलिसी संख्या के अन्तर्गत बीमाधारी के वेतन से किस्त काटने का प्राधिकारी पत्र प्राप्त हुआ। हमने कर्मचारी के वेतन माह..... से..... रूपये की किस्त कटौती मय बकाया प्रीमियम रु. .... प्रारम्भ कर दी है। आपकी सूचनार्थ प्रेषित है।

भवदीय

\*शाखा के नव-व्यवसाय विभाग में कार्यरत सहायक द्वारा पूर्ण करने हेतु।

(वेतन आहरण व संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर एवं रबड़ की मोहर)





भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA  
मण्डल कार्यालय, जोधपुर

## वेतन से प्रीमियम कटौती का प्राधिकार-पत्र

केवल राजस्थान-राज्य सरकारी कर्मचारियों के लिये जैसे : राजस्थान के समस्त विभाग

राज. राज्य विद्युत मण्डल, रोडवेज, पंचायत समिति आदि।

( प्रस्तावक द्वारा 'पॉलिसी विवरण' मद के अतिरिक्त दो प्रतियों में पूर्ण किया जावे )

सेवा में,  
( वेतन आहरण एवं संवितरण अधिकारी का पता )

स्थान .....

दिनांक .....

प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के ध्यान हेतु

कृपया वेतन से बीमा किस्त कटौती सुनिश्चित करें  
ताकि पॉलिसी को कालातीत होने से बचाया जा सके

महोदय,

मैंने भारतीय जीवन बीमा निगम से वेतन बचत योजना के अन्तर्गत एक जीवन बीमा पॉलिसी ली है। पॉलिसी का विवरण नीचे दिया गया है। प्रतिमास वेतन से कटौती करवाकर प्रीमियम देना चाहता हूँ। निवेदन है कि अधोलिखित किस्त की राशि सम्मुख लिखे गये माह से मेरे वेतन से लगातार कटौती की जाकर, और बकाया राशि वह भी ब्याज सहित काटकर..... वरिष्ठ / शाखा प्रबन्धक, भारतीय जीवन बीमा निगम शाखा कार्यालय, ..... को राशि भेजने की व्यवस्था करें। मैं यह स्वीकार करता हूँ कि आपका उत्तरदायित्व अन्तिम कटौती के मास तथा वर्ष तक अथवा मेरे द्वारा आपको तथा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकार निरस्त किये जाने हेतु विशिष्ट नोटिस देने तक मेरे वेतन से बीमा किस्त की कटौती की जाकर राशि समय पर भारतीय जीवन बीमा निगम को भेजने की व्यवस्था करने तक सीमित है। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि न्यूनतम पाँच वर्ष तक की किस्तें जमा करवाने से पूर्व प्राधिकारी नोटिस वापस नहीं लूंगा। आपके नियन्त्रण से बाहर कारणों तथा मेरे द्वारा अवैतनिक अवकाश पर चले जाने तथा बीमा किस्त की कटौती करवाये बिना अग्रिम वेतन लेने अथवा उक्त प्रकार अंकित न्यूनतम अवधि के पश्चात आपको तथा भारतीय जीवन बीमा निगम को उचित नोटिस द्वारा यह प्राधिकारी पत्र वापस लेने अथवा मेरा स्थानान्तरण किसी ऐसे कार्यालय में होने पर जहां वेतन बचत योजना लागू न हो के फलस्वरूप बीमा किस्त जमा न होने पर परिणाम के प्रति मेरा पूर्ण उत्तरदायित्व होगा। किसी भी स्थिति में अथवा किसी भी कारणवश भारतीय जीवन बीमा निगम द्वारा आपके कार्यालय से वेतन बचत योजना निरस्त किये जाने पर बीमा किस्तों की राशि सीधे भारतीय जीवन बीमा निगम को भेजने की व्यवस्था करके अपनी पॉलिसी को कालातीत होने से बचाने का उत्तरदायित्व मेरा होगा।

बीमाधारी का पूरा नाम ( साफ अक्षरों में ) .....

बीमाधारी के पिता का नाम .....

पद का नाम ..... वेतन बैज/टिकिट/पी.सी. संख्या .....

कार्यालय का नाम जहाँ कार्यरत है ..... भवदीय

( हस्ताक्षर )

### पॉलिसी विवरण ( निगम के कार्यालय के\* प्रयोग हेतु )

पी.ए.कोड संख्या	<input type="text"/>	शाखा कार्यालय कोड	<input type="text"/>	शाखा कार्यालय	<input type="text"/>
पॉलिसी संख्या		मासिक किस्त रूपये	मासिक किस्त कटौती का प्रभावी माह	अन्तिम किस्त कटौती का माह व वर्ष	
.....		.....	.....	.....	
.....		.....	.....	.....	

प्रति -

वरिष्ठ / शाखा प्रबन्धक  
भारतीय जीवन बीमा निगम

कृपया यहां से काट कर प्रेषित करें

स्थान .....

दिनांक .....

महोदय,

विषय : पॉलिसी संख्या ..... श्री ..... के जीवन पर उपर्युक्त पॉलिसी संख्या के अन्तर्गत बीमाधारी के वेतन से किस्त काटने का प्राधिकारी पत्र प्राप्त हुआ। हमने कर्मचारी के वेतन माह..... से..... रूपये की किस्त कटौती मय बकाया प्रीमियम रु. .... प्रारम्भ कर दी है। आपकी सूचनार्थ प्रेषित है।

भवदीय

\*शाखा के नव-व्यवसाय विभाग में कार्यरत सहायक द्वारा पूर्ण करने हेतु।

(वेतन आहरण व संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर एवं रबड़ की मोहर)