



వి విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్

రిజిస్టర్డ్ నెం. MSCS/CR/1101/2014

(మల్టీ స్టేట్ కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు)

జిమా విభాగం, హెడ్ క్వార్టర్స్, ద్వారకానగర్, విశాఖపట్నం-530 016

ఈమెయిల్ : insurance@vcbl.in

బ్రాంచి :

సభ్యులకు సామూహిక ఆరోగ్య జిమా 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, 2022 నాటికి రూ. 5,000/-ల లోపు షేరుధనం కలిగిన సభ్యులకు	రూ. 30,000-00	రూ. 200-00	
SCHEME B	తేది అక్టోబర్ 31, 2022 నాటికి రూ. 5,000/- అంతకంటే ఎక్కువ షేరుధనం కలిగిన సభ్యులకు	రూ. 50,000-00	రూ. 300-00	

To

ది బ్రాంచి మేనేజర్

ది విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్

..... బ్రాంచి

..... నగరం

ఆర్యా!

విషయం : బ్యాంకు సభ్యుల సామూహిక ఆరోగ్య జిమా 2022-23 (తేది 05-12-2022 నుండి 04-12-2023 వరకు) పథకంలో చేరుటకు సమ్మతి పత్రం

మన బ్యాంకు నిర్ణయించిన మేరకు పై పథకంలో చేరుటకు నేను అర్హత కలిగియున్నాను.

క్ర. సం.	వివరము	సభ్యునివి
సంఖ్య 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 31-10-2022 నాటికి షేరుధనం	
7.	తేది 31-10-2022 నాటికి డిపాజిట్లు	
8.	తేది 31-10-2022 నాటికి మిగిలి వున్న రుణశేషం / ఋణ ఖాతా నెంబరు	
9.	ఫోన్ నెంబర్	

ధృవీకరణ : నేను ఈ దిగువ ధృవీకరణ చేయుచున్నాను.

1. బ్యాంకువారు పై పథకం నిర్వహణ ఖర్చులని పై బ్రాంచిలోగల నా సేవింగ్స్ ఖాతా నుండి డెబిట్ చేసి తీసుకొనవచ్చును.
2. ప్రతీ రెన్యూవల్ సమయంలో నాకు అర్హత వుండిన పక్షంలో పై విధంగా నిర్వహణ ఖర్చులని నా సేవింగ్స్ ఖాతా నుండి డెబిట్ చేసి తీసుకొనవచ్చును.
3. పథకం మధ్యలో పథకం నుండి వైదొలగుటకు వీలుపడదని నాకు తెలుసు.
4. రెన్యూవల్ సమయంలో వైదొలగదలచుకుంటే రెండు నెలల ముందుగా మీకు లిఖిత పూర్వకంగా నోటీసు ఇవ్వగలను.
5. నేను 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.

గమనిక :

1. సభ్యుడు జీవిత భాగస్వామి కూడా బ్యాంకు సభ్యులుగా చేరడంతోపాటు, దీనికి కావలసిన అర్హతలు పొందినచో, జీవిత భాగస్వాములు ఇరువురూ ఈ పథకంలో అర్హత పొందుదురు.
2. సభ్యుల జీవిత భాగస్వామి బ్యాంకు సభ్యత్వం స్వీకరించనట్లయితే, అట్టివారికి వైద్యఖర్చులను చెల్లించే పథకం వర్తించదు.

సభ్యుని సంతకం

(మేరు))

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 may be enrolled into the Group Medical reimbursement Scheme for Bank Members for the year **2022-23**.

Checked by

Branch Manager