

SEAFARERS' WELFARE FUND SOCIETY

Details / Rules for the Welfare Scheme

Medical / Critical Illness & Term Insurance Premium Assistance Scheme

1. Objective

To provide financial assistance to Indian seafarers by way of part reimbursement of insurance premium paid towards Medical Insurance, Critical Illness Insurance and Term Insurance policies for themselves and their dependent family members.

2. Effective Date

The scheme shall be applicable only for the above referred insurance policies taken **on or after 01.01.2026 from the IRDA approved Insurance Company.**

3. Nature of Assistance

Financial assistance shall be provided in the form of part **reimbursement of insurance premium** paid by the eligible seafarer, as approved by the management of the SWFS.

4. Quantum of Assistance

Reimbursement shall be limited to a maximum of **50% of the insurance premium paid**, subject to the following ceilings:

Type of Insurance	Maximum Reimbursement
Medical Insurance Policy	₹3,000
Critical Illness Cover	₹1,000
Term Insurance Cover	₹1,000
Total Maximum Assistance	₹5,000 per seafarer

5. Eligibility Criteria

An applicant must satisfy all the following conditions:

- a) Must be an **Indian seafarer holding a valid Indian CDC.**
- b) **Active seafarers (of any age)** should have completed a **minimum cumulative sea service of six (6) months** during the **preceding five years** at the time of submission of application either:
 - through an Indian Shipping Company, or
 - through an RPSL-approved company.

c) **Seafarers aged above 50 years as on 01.01.2026 or retired seafarers of any age** must have completed a **minimum cumulative sea service of six (6) months after attaining the age of 50 years**, through an Indian Shipping Company or RPSL.

d) The insurance policy (Medical / Critical Illness / Term) must be obtained **only from an IRDA-approved Insurance Company**.

6. Documents Required

The following documents shall be submitted along with the application:

- a) Self-attested copy of the **Insurance Policy document**.
- b) Self-attested copy of the **Insurance Premium Paid Receipt**, issued by an IRDA-approved Insurance Company.
- c) Copy of **Indian CDC**.
- d) Proof of sea service (as applicable).
- e) Bank details for reimbursement. **(Should be a normal savings account and NOT be NRE/NRO account)**

7. Time Limit for Submission

The application along with all requisite documents must be submitted within 180 days of issue **of the insurance policy**.

8. Mode of Disbursement

The reimbursable amount, as approved by the Competent Authority, shall be credited directly to the bank account of the seafarer.

9. Authority

The scheme shall be implemented as approved by the **Committee of Management (COM)** and administered by SWFS as per prescribed procedure.

SEAFARERS' WELFARE FUND SOCIETY

(Autonomous Body of Ministry of Ports, Shipping and Waterways Government of India)

Nau Bhavan Building, Ground Floor, R. K. Marg, Ballard Estate, Mumbai-400 001

Mob No. 8097552900 / 8097553700

Email- swfs.dgs@govcontractor.nic.in / swfs.srassit-dgs@govcontractor.nic.in

APPLICATION FORM FOR FINANCIAL ASSISTANCE UNDER Medical, Critical Illness & Term Insurance Premium Assistance Scheme

1. Applicant Details

1. Name of Seafarer : _____
2. CDC Number : _____
3. Date of Birth : _____
4. Age as on 01.01.2026 : _____
5. Mobile No. : _____
6. Email ID : _____

2. Sea Service Details

1. Total Sea Service (last 5 years): _____ years _____ months
2. Sea Service after age of 50 (if applicable): _____ months
3. Name of Shipping Company / RPSL: (Last served) _____

3. Insurance Details

Type of Policy	Name of Insurance Company	Policy No.	Policy Period	Premium Paid (₹)
Medical Insurance				
Critical Illness				
Term Insurance				

4. Bank Details (for reimbursement)

1. Name of the Account holder : _____
2. Name of Bank : _____
3. Branch : _____
4. Account Number : _____
(only SB a/c and not NRE/NRO)
5. IFSC Code : _____

5. Declaration

I hereby declare that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge. I undertake that the insurance policies submitted have been obtained from IRDA-approved Insurance Companies and that no reimbursement has been claimed earlier for the same policy.

Signature of the Applicant

Date: _____

Place: _____

List of Documents to be Enclosed (Mandatory Self attested)

- 1) **Copy of Indian CDC.**
- 2) **Sea service testimonials / Discharge Book extracts**, as applicable.
- 3) **Copy of the insurance policy/policies** for which the application is submitted.
- 4) **Copy of insurance premium payment receipt(s)** corresponding to the policy/policies applied for.
- 5) **Proof of bank account details** (Cancelled cheque or copy of passbook).

नाविक कल्याण निधि सोसायटी

विवरण/कल्याण योजना के लिए नियम

चिकित्सा/गंभीर बीमारी और अवधि बीमा प्रीमियम सहायता योजना

1. उद्देश्य

भारतीय नाविकों को उनके और उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा बीमा, गंभीर बीमारी बीमा और सावधि बीमा पॉलिसियों के लिए भुगतान किए गए बीमा प्रीमियम की आंशिक प्रतिपूर्ति के माध्यम से वित्तीय सहायता प्रदान करना।

2. प्रभावी तारीख

यह योजना केवल आईआरडीए द्वारा अनुमोदित बीमा कंपनी से 01.01.2026 से या उसके बाद ली गई उपरोक्त बीमा पॉलिसियों के लिए लागू होगी।

3. सहायता की प्रकृति

वित्तीय सहायता पात्र नाविक द्वारा भुगतान किए गए बीमा प्रीमियम के आंशिक प्रतिपूर्ति के रूप में प्रदान की जाएगी, जैसा कि एसडब्ल्यूएफएस के प्रबंधन द्वारा अनुमोदित किया गया है।

4. सहायता की मात्रा

प्रतिपूर्ति भुगतान किए गए बीमा प्रीमियम के अधिकतम 50% तक सीमित होगी, जो निम्नलिखित सीमाओं के अधीन है:

बीमा का प्रकार	अधिकतम प्रतिपूर्ति
चिकित्सा बीमा पॉलिसी	₹3,000
गंभीर बीमारी कवर	₹1,000
मुदती बीमा कवर	₹1,000
कुल अधिकतम सहायता	₹5,000 प्रति नाविक

5. पात्रता मानदंड

एक आवेदक को निम्नलिखित सभी शर्तों को पूरा करना होगा:

क) एक वैध भारतीय सी.डी.सी. धारक भारतीय नाविक होना चाहिए।

ख) सक्रिय नाविकों (किसी भी उम्र के) को आवेदन जमा करने के समय पिछले पांच वर्षों के दौरान न्यूनतम छह (6) महीने की संचयी समुद्री सेवा पूरी करनी चाहिए:

- एक भारतीय नौवहन कंपनी के माध्यम से, या
- एक आरपीएसएल-अनुमोदित कंपनी के माध्यम से।

ग) 50 वर्ष से अधिक आयु के नाविकों या किसी भी आयु के सेवानिवृत्त नाविकों को भारतीय नौवहन कंपनी या आरपीएसएल के माध्यम से 50 वर्ष की आयु प्राप्त करने के बाद न्यूनतम छह (6) महीने की संचयी समुद्री सेवा पूरी करनी होगी।

घ) बीमा पॉलिसी (चिकित्सा/गंभीर बीमारी/अवधि) केवल आईआरडीए-अनुमोदित बीमा कंपनी से प्राप्त की जानी चाहिए।

6. आवश्यक दस्तावेज

आवेदन के साथ निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए जाएंगे:

- a) बीमा पॉलिसी दस्तावेज की स्व-सत्यापित प्रति।
- b) बीमा प्रीमियम भुगतान रसीद की स्व-सत्यापित प्रति, जो आईआरडीए द्वारा अनुमोदित बीमा कंपनी द्वारा जारी की गई हो।
- c) भारतीय सीडीसी की प्रति।
- d) समुद्री सेवा का प्रमाण (जहाँ लागू हो)।
- e) प्रतिपूर्ति के लिए बैंक विवरण. यदि कोई अन्य कारण है तो। (यह एक सामान्य बचत खाता होना चाहिए और एनआरई/एनआरओ खाता नहीं होना चाहिए)

7. प्रस्तुत करने की समय सीमा

सभी आवश्यक दस्तावेजों के साथ आवेदन बीमा पॉलिसी जारी होने के 180 दिनों के भीतर जमा किया जाना चाहिए।

8. वितरण का तरीका

सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित प्रतिपूर्ति योग्य राशि सीधे नाविक के बैंक खाते में जमा की जाएगी।

9. प्राधिकरण

योजना को प्रबंधन समिति (सीओएम) द्वारा अनुमोदित और निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार एसडब्ल्यूएफएस द्वारा प्रशासित किया जाएगा।

नाविक कल्याण निधि सोसायटी

(पत्तन, पोत परिवहन और जलमार्ग मंत्रालय, भारत सरकार का स्वायत्त निकाय)

नौ भवन बिल्डिंग, ग्राउंड फ्लोर, आर. के. मार्ग, बलार्ड एस्टेट, मुंबई-400 001

मोबाइल नं. 8097552900/8097553700

ईमेल- swfs.dgs@govcontractor.nic.in/swfs.srassit-dgs@govcontractor.nic.in

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र

चिकित्सा, गंभीर बीमारी और अवधि बीमा प्रीमियम सहायता योजना

1. आवेदक विवरण

1. नाविक का नाम : _____
2. सीडीसी संख्या : _____
3. जन्म तिथि : _____
4. 01.01.2026 को आयु : _____
5. मोबाइल नं : _____
6. ईमेल आईडी : _____

2. समुद्री सेवा विवरण

1. कुल समुद्री सेवा (पिछले 5 वर्ष): _____ वर्ष _____ महीने
2. 50 वर्ष की आयु के बाद समुद्री सेवा (यदि लागू हो): _____ महीने
3. नौहन कंपनी का नाम/आरपीएसएल: (अंतिम सेवा) _____

3. बीमा विवरण

नीति का प्रकार	बीमा कंपनी का नाम	नीति सं।	नीति अवधि	प्रीमियम भुगतान (₹)
चिकित्सा बीमा				
गंभीर बीमारी				
अवधि बीमा				

4. बैंक का विवरण (प्रतिपूर्ति के लिए)

1. खाताधारक का नाम : _____
2. बैंक का नाम : _____
3. शाखा : _____
4. खाता संख्या : _____
(केवल एसबी खाता और
एनआरई/एनआरओ नहीं)
5. आईएफएससी कोड : _____

5. घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य और सही है। मैं यह वचन देता हूँ कि प्रस्तुत बीमा पॉलिसी आईआरडीए-अनुमोदित बीमा कंपनियों से प्राप्त की गई हैं और उसी पॉलिसी के लिए पहले कोई प्रतिपूर्ति दावा नहीं किया गया है।

आवेदक की हस्ताक्षर : _____

तिथि: _____ स्थान: _____

संलग्न किए जाने वाले दस्तावेजों की सूची (अनिवार्य स्व-सत्यापित)

- 1) भारतीय सीडीसी की प्रति।
- 2) समुद्री सेवा प्रशंसापत्र/डिस्चार्ज बुक के अंश, जहां लागू हो।
- 3) बीमा पॉलिसी/पॉलिसियों की प्रतिलिपि जिसके लिए आवेदन प्रस्तुत किया गया है।
- 4) पॉलिसी/पॉलिसियों के अनुरूप बीमा प्रीमियम भुगतान रसीद की प्रति के लिए आवेदन किया।
- 5) बैंक खाते के विवरण का प्रमाण (रद्द चेक या पासबुक की प्रति)।