

मुख्य वरिष्ठ/शाखा प्रबंधक
मानव जीवन बीमा निगम,
मानव कर्मचालय - II

राजमेर (राज.)

प्रिय महोदय,

विषय : पॉलिसी संख्या ----- रय. -----
के जीवन पर ।

बड़े दुख के साथ सूचित किया जाता है कि मेरे ----- (सम्बन्ध)
श्री/श्रीमती ----- का स्वर्गवास हो गया है । कृपया दावा प्रपत्र प्रेषित
करें । मूल मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न है ।

1- मृत्यु तिथि :

2- मृत्यु का कारण :

3- मृत्यु का स्थान :

4- मोबाइल नम्बर :

धन्यवाद ।

भवदीय,

दिनांक :

(हस्ताक्षर)

साक्षी के हस्ताक्षर :

नाम :

नाम व पूरा पता :

पूरा पता :

मोबाइल नम्बर :

Life Insurance Corporation of India

Divisional Office: AJMER

Form No. 3738

Branch Office: Ajmer-II (106)

शारदा कार्यालय-II

अधिकर्ता का गोपनीय प्रतिवेदन

शारदा कार्यालय को निम्नलिखित बीमाधारी की सूचना प्राप्त होने पर अधिकर्ता से निवेदन है कि वह मृत्यु के सम्बन्ध में सम्बन्धी पूर्वक ज्ञान करके निम्न प्रतिवेदन स्पष्ट रूप से भरे।

यह प्रतिवेदन पोलिसी संख्या..... रत.क्षी/श्रीमती.....

के जीवन के संबन्ध में है।

1). क्या वह आपकी व्यक्तिगत जानकारी में है कि उद्घोक्त बीमाधारी की मृत्यु हो गई है?

2). मृत्यु के सम्बन्ध में अन्य सूचनाएँ तथा तिथि..... कारण.....
मृत्यु की तिथि, स्थान, कारण, व मृत्यु स्थान
की परिस्थितियाँ परिस्थितियाँ.....

3). आपको किन स्रोतों से जानकारी प्राप्त हुई एवं क्या आप संतुष्ट हैं कि ये स्रोत विश्वास योग्य हैं?

4). क्या आप व्यक्तिगत रूप से यह प्रमाणित कर सकते हैं कि मृतक वही व्यक्ति है जिसके जीवन पर उद्घोक्त पोलिसी जारी की गयी थी? यदि नहीं तो कारण बतायें।

5). क्या आपको दावे की सदाशयता के बारे में किसी भी प्रकार का संदेह है?

6). इस संदर्भ में अन्य कोई सूचना जो आप देना चाह रहे हैं लिखें।

दिनांक..... को (स्थान).....में भरा गया।

अधिकर्ता के हस्ताक्षर..... कोठ संख्या.....

पता :-

मोबाइल नम्बर :-

गवाह के हस्ताक्षर :-

0407521



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

(लाइफ इन्श्योरेन्स कॉरपोरेशन अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)

कृपया अपना सम्पर्क टेलीफोन नम्बर लिखें।

यूनिट.....STD Code No.....Tel. No.....

मण्डल कार्यालय.....शाखा कार्यालय.....

दावेदार का बयान

(यह फार्म उस व्यक्ति को भरना चाहिये जो पॉलिसी की रकम पाने का कानूनन हकदार हो)

स्व. के जीवन पर ली गई है।

(मृतक का पूरा नाम लिखें)

.....रूपये बीमा रकम की पॉलिसी संख्या.....के दावे के सम्बंध में मैं पॉलिसी के दावेदार के रूप में निम्न विवरण दे रहा हूँ/रही हूँ। सभी उत्तर साफ-साफ लिखे जाने चाहिए। उत्तर शब्दों में दिये जाने चाहिये। कॉलम के निशान, बिन्दु या लकीरें उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं की जा सकती।

1. दावेदार से सम्बंधित विवरण :-

- (1) दावेदार का नाम
- (2) पिता का नाम
(महिला दावेदार की स्थिति में पति का नाम भी दें)
- (3) आयु
- (4) पता
- (5) सम्बंध (मृतक बीमाधारी से)
- (6) दावे की रकम के लिये आप किस तरह दावेदार हैं याने आप प्रबन्धक हैं या प्रशासक अथवा अभ्यार्थी (एसाइनी) हैं या नामित व्यक्ति नामिनी यदि आप नाबालिक की ओर से रकम की मांग कर रहे हैं तो लिखिए कि वह किस तरफ से हकदार है और आप किस हैसियत से उसकी ओर से रकम की मांग कर रहे हैं।

2. मृतक बीमाधारी से सम्बन्धित विवरण :-

- (1) नाम मृतक
- (2) मृत्यु का स्थान
- (3) मृत्यु की तिथि व समय
- (4) मृत्यु के समय की आयु
- (5) अन्तिम बीमारी की अवधि
- (6) मृत्यु होने का तत्काल कारण
- (7) अन्तिम व्यवसाय / कार्यालय का नाम
- (8) अन्तिम पता
- (9) पिता का नाम

3. मृतक के जीवन पर अन्य बीमे से सम्बन्धित विवरण :-

पॉलिसी संख्या	बीमाधन	जारी करने वाले कार्यालय का नाम	प्रारम्भ होने की तिथि	क्या आपकी पॉलिसी DAB/ FDB/ फायदा सहित थी

4. (अ) मृतक ने आम तौर में स्वास्थ्य ठीक न होने की सबसे पहले शिकायत कब की थी? (ब) उस समय किस तरह की बीमारी की शिकायत हुई?	
5. अन्तिम बीमारी के समय चिकित्सा करने वालों के नाम व पता।	
6. मृत्यु होने के समय से पिछले तीन वर्षों के अन्तर में मृतक ने जिन चिकित्सकों से सलाह ली हो अथवा चिकित्सा कराई हो उनका पूरा-पूरा ब्यौरा दिनांक सहित दीजिये।	
सलाह लेने या चिकित्सा कराने की या भर्ती होने की तिथियाँ	चिकित्सकों या अस्पतालों के नाम और पते व भर्ती का नम्बर
	किस किस्म की बीमारी थी?

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि ऊपर लिखा गया बयान सभी प्रकार से सत्य है।

सम्पत्ति किसी व्यक्ति के उपचार अथवा परीक्षण के सम्बन्ध में गोपनीयता के आधार पर किसी डाक्टर अथवा चिकित्सालय की जानकारी अथवा सूचना को प्रकाशित किये जाने से सम्बन्धित निषेध होने अथवा किसी कानूनी आचार व्यवहार अथवा लौकिक रीति सम्बन्धी प्रावधान होने पर भी मैं एतद् द्वारा इस प्रकार के डाक्टर अथवा चिकित्सालय, जहाँ निगम द्वारा उक्त पॉलिसी जारी किये जाने के पूर्व अथवा पश्चात् किसी रोग के कारण उक्त मृत बीमाधारी की जांच की गई थी अथवा उपचार किया गया था और जो मृतक के स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कोई जानकारी अथवा सूचना रखते हैं, को अधिकार देता हूँ कि वह निगम इसके कार्यालय तथा कानूनी साहूकारों अथवा किसी न्यायालय में यह जानकारी अथवा सूचना दे सकते हैं।

दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी.....

पद.....

पता.....

मेरे समक्ष घोषित किया गया स्थान

दिनांक

(साक्षी के हस्ताक्षर)

पूरा पता.....

पद.....

पता.....

यदि घोषणाकर्ता हिन्दी भाषा में हस्ताक्षर नहीं करता है अथवा अंगूठा निशानी लगाता है, उस स्थिति में साक्षी को निम्न घोषणा पर हस्ताक्षर करने चाहिये।

प्रमाणित किया जाता है कि घोषणाकर्ता को इस प्रपत्र का विवरण प्राकृत भाषा में बतलाया गया है तथा उसे पूरी तरह समझाने के पश्चात् ही उसने हस्ताक्षर किये हैं / अंगूठा निशानी लगाई है।

प्रतिहस्ताक्षरित

हस्ताक्षर.....

पद.....

पता.....

नोट : यह बयान निम्नलिखित में से किसी एक के द्वारा प्रतिहस्ताक्षर होना चाहिए। (1) अभिभावक (2) सम्भागीय व्यवस्थापक क्लब अथवा इससे उच्च क्लब कब सदस्य एजेन्ट (3) बैंक व्यवस्थापक (4) खण्ड विकास अधिकारी (5) शपथ आयुक्त (6) डाक्टर (7) राजपत्रित अधिकारी (8) माध्यमिक विद्यालय का प्रधानाध्यापक (9) मुख्य पोस्ट मास्टर अथवा विभाग अथवा विभागीय सहायक पोस्ट मास्टर (परन्तु शाखा पोस्ट मास्टर नहीं) (10) दण्डनायक (11) जीवन बीमा निगम का कोई अधिकारी अधीक्षक विकास अधिकारी (जो कम से कम पांच वर्ष तक अधिकारी रहा हो) ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय बोर्ड का अध्यक्ष।



LIC

भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मण्डल कार्यालय, अजमेर

शाखा कार्यालय

चिकित्सक प्रमाण - पत्र

(मृतक की अन्तिम बीमारी के समय उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरे जाने के लिए)

स्व. श्री/श्रीमती के जीवन पर

(मृतक का पूरा नाम लिखिये)

जारी की गई पॉलिसी के दावे के सम्बन्ध में ।

1. मृतक का पूरा नाम, पता व व्यवसाय क्या था ?	नाम पता व्यवसाय
2. (क) आपकी अपनी राय में मृत्यु के समय मृतक की अनुमानित आयु क्या थी ? (ख) क्या वह आपका सम्बन्धी था, यदि हाँ तो किस प्रकार से ? (ग) कृपया पहचान के लिए किसी चिह्न या शारीरिक विशिष्टता का उल्लेख करिये ।	(क) अनुमानित आयु वर्ष (ख) (ग)
3. उसकी मृत्यु किस तिथि को और किस प्रकार हुई थी ?	समय बजे दिन/रात्रि दिनांक माह 200 प्रकार
4. किस स्थान में मृत्यु हुई थी ? (पूरा पता) यदि अस्पताल में हुई थी तो पूरा विवरण जैसे (रजिस्ट्रेशन नम्बर दिनांक)	
5. (क) मृत्यु का वास्तविक कारण क्या था ? (रोग क्या दूसरे कारणों या मृत्यु के बारे में अपने विचारों के अनुसार लक्षण बताने के अतिरिक्त रोग का प्रधिकृत सूचक तकनीकी नाम भी लिखिये ।) (ख) क्या रोग का निश्चय मृत्यु के बाद जांच करके किया गया था अथवा जीवित अवस्था में ही लक्षणों से व देखने से अनुमान किया गया था । (ग) इस रोग से वह कितने समय से पीड़ित था । (घ) बीमारी के लक्षण क्या थे ? (ङ) मृतक ने सर्वप्रथम उनको कब जाना ? (च) बीमारी के दौरान सर्वप्रथम आपको किस तिथि को दिखाया गया ? (छ) क्या आप बीमारी की पूरी अवधि में उपचार करते रहे? यदि नहीं तो लिखें कि कितने समय उपचार किया ।	(क) प्रारम्भिक कारण दूसरा कारण (ख) (ग) (घ) (ङ) (च) (छ)
6. (क) क्या मृतक संयम (Sober) और निग्रही (Temperate) प्रवृत्ति का था? (ख) क्या आपके पास यह मान लेने या शंका करने का कोई कारण है कि उसे इस बीमारी के होने या उनके बढ़ जाने का कारण असंयमी प्रवृत्ति थी?	(क) (ख)

7. जिस रोग के कारण उसकी मृत्यु हुई, उसके अतिरिक्त उसमें (1) पहले से ही यह रोग था ? (2) साथ-साथ कौन-कौन से अन्य रोग वर्तमान में थे ? (क) ऐसे रोग के सर्वप्रथम मालूम होने की तिथि (ख) किसने उपचार किया ? (ग) आपको बीमारी का वृत्तान्त किसने बतलाया	1. 2. (क) (ख) (ग)
8. (क) बीमारी के अन्तिम समय आपको दिखलाने के पूर्व क्या मृतक का उपचार किसी अन्य चिकित्सक के द्वारा अथवा किसी अन्य अस्पताल में कराया गया था ? यदि हाँ तो कृपया उनके नाम व पते दीजिये। (ख) क्या आपके साथ किन्हीं दूसरे चिकित्सकों ने भी उसे देखा था यदि हाँ तो कृपया उनके नाम व पते दीजिये।	(क) (ख)
9. (क) क्या आप मृतक के पारिवारिक चिकित्सक थे ? (ख) यदि हाँ तो कितने समय से ? (ग) यदि नहीं तो कृपया उसके पारिवारिक चिकित्सक का नाम व पता दें।	(क) (ख) (ग)
10. मृतक की अन्तिम बीमारी से पूर्व तीन वर्ष में आपने कब और किन-किन रोगों के लिए उनका उपचार किया।	
11. क्या उसकी मृत्यु के सम्बन्ध में कोई छानबीन या औपचारिक जाँच की गई थी अथवा उसके शरीर की शल्य परीक्षा हुई थी ? यदि हाँ तो किसके द्वारा और उससे क्या पता चला ?	
12. क्या इस दावे के सम्बन्ध में आप मृतक की व्याधियों, प्रवृत्तियों, रहन-सहन आदि के बारे में कोई अन्य सूचना या विचार देना चाहते हैं ? यदि हाँ तो कृपया विवरण दीजिये।	

मैं मृतक व्यक्ति का चिकित्सक एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि जहाँ तक मेरी जानकारी व विश्वास है, उपर्युक्त प्रकथन सत्य एवं सही है और मृतक की मृत्यु उसके स्वप्रयत्नों से नहीं हुई थी।

स्थान दिनांक माह 200..... संकेत संख्या (यदि आप निगम के अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक हैं तो यहाँ अपनी संकेत (Code संख्या लिखें)

पहिचान की साक्षी :

चिकित्सक के हस्ताक्षर

नाम नाम
हस्ताक्षर हस्ताक्षर
व्यवसाय पता

पत्र व्यवहार का पता
टिप्पणी :

यदि चिकित्सक सिविल सर्जन अथवा असिस्टेंट कारपोरेशन का अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक है तो इस प्रमाण-पत्र में स्थित उसके हस्ताक्षर की साक्षी किसी प्रसिद्ध जिम्मेदार व प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा की जानी चाहिए जो मृतक का सम्बन्धी न हो। अन्य स्थिति में से किसी एक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित होनी चाहिए डाक्टर, बैंक प्रबन्धक, हेड पोस्ट मास्टर या विभागीय सब मास्टर नहीं), पादरी, राजपत्रित अधिकारी, पोस्ट मास्टर (किन्तु ब्रांच पोस्ट अधिकारी, स्थानीय बोर्ड के अध्यक्ष, महापालिका के मुख्य प्रबन्धकारी, जस्टिस ऑफ पीस, मजिस्ट्रेट, शपथ आयुक्त, सार्वजनिक लेखा प्रमाण (नोटेरी पब्लिक), जिलाधीश, न्यायाधीश, उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाध्यापक, वकील (Advocate) ग्राम पंचायत प्रधान (बशर्ते कि जिस भाषा में फार्म मुद्रित है उस भाषा को वह जानता हो), अथवा कारपोरेशन के अधिकारी अधीक्षक (Superintendent) या विकास अधिकारी के रूप में कम से कम पाँच वर्ष कार्य कर चुका हो और जिसकी नियुक्ति स्थाई हो चुकी हो एवं जो घोषणाकर्ता को जानता हो।

यह घोषणाकर्ता द्वारा प्रमाण-पत्र में हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किये गये हैं तो प्रमाण को नीचे लिखना चाहिए कि प्रमाण-पत्र का विवरण घोषणाकर्ता को उसके द्वारा समझी जाने वाली भाषा में समझा दिया गया था और रिक्त स्थान उससे कथनानुसार भरे गये।



भारतीय जीवन बीमा निगम

Life Insurance Corporation of India

(जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 द्वारा संचालित)

मण्डल कार्यालय, अजमेर

शाखा कार्यालय.....

दाह संस्कार या दफनाने का प्रमाण पत्र

(यह प्रपत्र मृतक दाह संस्कार या दफनाने के समय उपस्थित ऐसे व्यक्ति द्वारा पूरा किया जाना चाहिए जो प्रतिष्ठित एवं जिम्मेदार नागरिक हो। उक्त फार्म दावेदार या मृतक के नजदीकी रिश्तेदार द्वारा नहीं भरा जाना चाहिए।)

पॉलिसी नं०..... श्री.....के जीवन पर
(मृतक का पूरा नाम लिखिए)

1. मृतक का पूरा नाम व पता	(1)
2. मृतक के पिता का पूरा नाम	(2)
3. मृत्यु के तुरन्त पूर्व बीमेदार का अन्तिम व्यवसाय या नौकरी	(3)
4. पूर्व व्यवसाय का नियोजक का प्रकार	(4)
5. मृतक का निवास स्थान	(5)
6. मृतक का धर्म	(6)
7. क्या मृतक आपका सम्बन्धी था ? अगर हाँ तो सम्बन्ध लिखिये।	(7)
8. बीमेदार (मृतक) की मृत्यु तिथि	(8)
9. दाह संस्कार या दफन विधि का विवरण:	(अ) क्या मृत शरीर को दफनाया / जलाया या कौनसी विधि में संस्कार किया गया। (ब) उपरोक्त विधि का समय व दिनांक (स) दाह संस्कार व दफन विधि स्थान का नाम व पता ? (द) क्या आप दाह संस्कार/दफन विधि के समय उपस्थित थे ?
10. क्या आप जनते हैं कि मृतक के जीवन पर बीमा था ?	
11. क्या आप प्रमाणित कर सकते हैं कि जो मृत शरीर जलाया दफनाया गया वह उसी उपरोक्त का ही था ?	

मैं यह घोषण करता हूँ कि उपरोक्त कथन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य व सही है।

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर.....

व्यवसाय.....

पता.....

आज दिनांक माह 20 को मेरे समक्ष यह प्रपत्र पूर्ण एवं घोषित किया गया हस्ताक्षर मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी.....

प्रमाणित किया जाता है कि इस प्रमाण-पत्र का विवरण घोषणाकर्ता को उसकी भाषा में समझा दिया गया एवं उनके कहे अनुसार उत्तर लिखे गये हैं।

मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी के हस्ताक्षर

(अगर अंगूठा निशानी या हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किये हो)

यह बयान नीचे वर्णित किसी एक के द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।

डाक्टर, बैंक मैनेजर, प्रधान डाकपाल या विभागीय डाकपाल (परन्तु शाखा डाकपाल नहीं), पादरी, राजपत्रित अधिकारी, अध्यक्ष स्थानीय बोर्ड, नगरपालिका, मुख्य पालिका अधिकारी, जस्टिस ऑफ पीस, मजिस्ट्रेट, शपथ आयुक्त, सार्वजनिक लेखा प्रमाण (पब्लिक नोटेरी) जिलाधीश (न्यायाधीश) व उच्च विद्यालय के प्रधानाध्यापक, एडवोकेट, ग्राम पंचायत का प्रधान (बशर्त कि जिस भाषा में दिया हो वह जानता हो) अथवा कारपोरेशन का वह अधीक्षक या विकास अधिकारी (जो स्थाई हो कम से कम 5 वर्षों तक विकास अधिकारी के रूप में कार्य कर चुका हो) और जो घोषणा करने वाले को जानता हो।



Life Insurance Corporation of India

(Established by the Life Insurance Corporation Act. 1956)

Divisional office..... Unit..... Branch office.....

CERTIFICATE OF BURIAL OR CREMATION

(To be completed and Signed by a person of known character and responsibility Present at the burial or cremation of the body of the deceased. This form should be filled up by either claimant or near relative of deceased life Assured)

in connection with claim under policy No..... on the life of
(Insert full Name of the deceased)

1. Name of the deceased in full	(1)
2. Name of the deceased's father in full.....	(2)
3. Nature of last Occupation or Employment of the deceased.	(3)
4. Nature of previous Occupation or Employment	(4)
5. Religion of deceased	(5)
6. Religion of deceased	(6)
7. Was he related to you ? if so how ?	(7)
8. Since what date were you acquainted with deceased ?	(8)
9. Date of deceased's death.....	(9)
10. Particulars of Burial or Cremation.....	(a) Was body buried/cremated or how disposed of ? (b) Time and date burial cremation, etc (c) Name & address of place of Burial Cremation etc (d) Whether you present of Burial/Cremation etc ?
11. Are you aware that deceased's life was Insured with the Corporation ?	
12. Can you certify that the body which was Buried cremated etc. that of the person name above ?	

I do hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Signature of declarant.....

Occupation

Address

Completed and declared before me this.....day of200.....

Sd.....

Signature of Magistrate of Justice of the peace or Gazetted officer a Block development officer(*see note below)

CERTIFIED that Contents of the certificate were explained to the declarant in vernacular and that the answers were written at his declaration.

Signature of Magistrate of Justice of the peace or a Gazetted of Block Development officer if the certificate is signed in vernacular.....

N.B. -- * This statement must be countersigned by a Doctor, Bank Manager, a head Master or a Department Sub Post Master (But not a Branch Post Master) a Chargeman, a Gazetted Officer, a President of the Local Board, a Chief Executive Officer of a Municipality, a Justice of the Peace, a Magistrate of Bank Development Officer, a Commissioner of Oath, a Notary Public, Collector, a Judge, a head Master of a High School, an advocate a President of a Village Panchayat Provided he knows the language in which the form is printed or a Superintendent or a Development Officer (Who is confirmed and has served for at least five years as a Development Officer) of the Corporation provided



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मण्डल कार्यालय, अजमेर

चिकित्सालय उपचार प्रमाण-पत्र
Certificate of Hospital Treatment

(1) शाखा क्र./Br. No.....

(2) Govt. (SSS).....

(3) मृत्यु दावा सं./DC No.....

के जीवन पर पॉलिसी

(मृतक का पूरा नाम भरें)

सं. के अन्तर्गत दावा के सम्बन्ध में।

In connection with claim under Policy No.....

on the life of.....

(Insert Full Name of deceased)

1. चिकित्सालय अभिलेख के अनुसार रोगी का पूरा नाम, आयु पता तथा व्यवहार क्या था ?
What was the full name, age, address and occupation of the patient as per hospital Records ?

नाम Name.....

आयु Age.....

पता Address.....

व्यवसाय Business.....

पहचान चिन्ह Identification marks.....

2. चिकित्सालय में उसके प्रवेश की तिथि क्या थी ?
कृपया उसका भीतरी प्रवेश क्रम बतावें।
What was the date of his admission into the Hospital ?
Please state his indoor admission No.

3. चिकित्सालय में भर्ती के पूर्व रोगी किसके उचचार के अन्तर्गत था ?
यदि रोगी भर्ती के समय किसी डॉ. का पत्र या नोट लाया था तो
कृपया उसकी प्रमाणित प्रतिलिपि हमें भेजें।
Under whose treatment was the patient before he was
admitted into the Hospital ? If the patient had brought a
letter or a note from any doctor at the time of admission
kindly furnish us with a certified copy thereof.

4. भर्ती समय
While at the time of admission what was
(अ) उसकी बीमारी का स्वरूप
(a) the nature of his complaint
(ब) उसके द्वारा बतलाई गई बीमारी की अवधि।
(b) the duration of the complaint as reported by him ?

(अ)

(a)

(ब)

(b)

5. (अ) भर्ती के समय रोगी द्वारा बतलाया गया सही पूर्व वृत्त क्या था ?
(पूर्ण पूर्व वृत्त, दिन, बीमारी की अवधि वर्णित लक्षण इत्यादि)
(a) What was the exact history reported by the patient
at the time of admission ? (Full history including the
dates, duration of the ailments, the symptoms
narrated etc. to be given)
(ब) क्या पूर्व वृत्त रोगी द्वारा स्वयं बतलाया गया ?
(b) Was he history reported by the patient himself/hereself ?
(ii) यदि नहीं तो (बतलाने वाले व्यक्ति का नाम व सम्बन्ध) क्या रोगी
उस समय मौजूद था एवं पूरे होश में था।
(ii) If not, by whom? (name and relationship of the person
who reported it) Was the patient present at that time
and was he/she conscious ?
(क) वृत्त पृष्ठ में पूर्ववृत्त किसने लिखा ?
(a) Who recorded the history in the case sheet ?
(ख) क्या पूर्ववृत्त लिखने वाला डॉक्टर सेवारत है ?
यदि नहीं तो कृपया उसका पूर्ण पता बताएं।
(b) Whether the Doctor who recorded the history is still
in your service, if not, please state his/her full address

(a)

(ब)

(b)

(क)

(a)

(b)

टिप्पणी : पूर्ववृत्त की प्रमाणित प्रतिलिपि भी दें।

Note : Certified copy of the full history may please be furnished.

6.	अस्पताल में क्या निदान किया गया ? What was the diagnosis arrived at in the Hospital	
7.	अस्पताल में उसकी भर्ती के समय क्या कोई अन्य रोग या बीमारी उस बीमारी के साथ या पहले थी ? यदि हां तो वह क्या थी? कृपया ऐसे रोग या बीमारी का पूर्व वृत्त निम्न अनुसार बताएँ । Was there any other disease or illness preceded or Co-existed with the ailment at the time of his/her admission into the hospital? If so that was it. Please give history of such disease or illness stating. (क) रोगी द्वारा पहली बार ध्यान दिये जाने की तिथि । (a) Date when such was first observed by patient (ख) किसके द्वारा उपचार किया गया ? (b) By whom treated. (ग) पूर्व वृत्त किसके द्वारा बताया गया ? (यदि स्वयं रोगी द्वारा बताया गया तो कृपया बतायें कि क्या उसकी उपस्थिति में और उसकी जानकारी में बताया गया । (c) By whom the history was reported ? (if not by the patient himself/herself please indicate if it was in his/her presence and to his/her knowledge (घ) इस पूर्ववृत्त को किसने अभिलेखित किया (यदि डॉ. इस समय अस्पताल में नहीं है तो उसका वर्तमान पता दें) (d) Who recorded his history ? (if the Doctor is not with the hospital at present, please give his/her present address.)	(क) (a) (ख) (b) (c) (घ) (d)
8.	अस्पताल से मुक्त किये जाने की तिथि क्या थी ? What was the date of his/her discharge from Hospital ?	
9.	जब उसे मुक्त किया गया तो उसकी स्थिति क्या थी ? What was his/her condition when he/she was discharged ?	
10.	यदि किसी अन्य अवसर पर अस्पताल में उसका उपचार अंतः रोगी या बाह्य रोगी के रूप में किया गया था ? यदि हां तो कृपया बताएँ Was he/she treated in the hospital on any previous occasion either an in-patient or an out-patient ? if so, please state: (अ) प्रथम भर्ती या बाह्य रोगी की तरह प्रथम उपचार की तिथि (a) Date of 1st admission or first time treatment as an outpatient. (ब) मुक्त किये जाने की तिथि एवं उस समय की स्थिति (b) Date of discharge and condition on discharge. (स) रोगी का प्रकार (c) Nature of ailment (द) भर्ती के समय दिया गया पूर्ववृत्त (d) History reported at the time of admission	(अ) (ब) (b) (स) (c) (द) (d)

प्रमाणित किया जाता है कि अस्पताल के अभिलेखानुसार उपरोक्त सूचना सही है ।
Certified that the above information is correct as per records of the Hospital.

दिनांक Date..... हस्ताक्षर Signature..... संकेत सं. Code No.....

योग्यता एवं पद

Qualification & Designation

अस्पताल का नाम

Name of Hospital.....

दूरभाष सं. Telephone No.....

डाक पता

Postal Address.....



नेशनल इलेक्ट्रॉनिक फण्ड ट्रांसफर-मेण्डेट फॉर्म

भारतीय जीवन बीमा निगम/

विषय : नेफ्ट के माध्यम से पॉलिसी का भुगतान सीधे ही मेरे बैंक खाते में प्राप्त करने के लिए।
मैं नेफ्ट के माध्यम से पॉलिसी भुगतान प्राप्ति हेतु मेरे बैंक खाते का विवरण निम्नानुसार दे रहा हूँ।

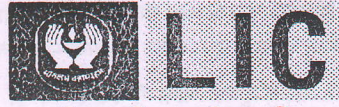
[illegible][illegible][illegible]

हाँ	नहीं
-----	------

फोटो कॉपी जिस पर बैंक खाते का विवरण व आई.एफ.एस. कोड व खाताधारी का नाम लिखा हो।

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

बैंक खाता विवरण में परिवर्तन होने पर नया मेण्डेट फॉर्म भरकर पुनः जमा कराना होगा। यदि प्रश्न संख्या 9 का उत्तर हाँ में है तो हम आपको पॉलिसी भुगतान, जो आपके बैंक खाते में नेफ्ट के माध्यम से जमा होगा, की सूचना भी उपलब्ध करायेंगे, जिसमें कि यू.टी.आर. नम्बर भी बताएंगे, जिसके द्वारा भुगतान सम्बन्धी जानकारी ली जा सकती है।



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मण्डल कार्यालय, अजमेर
Divisional Office, Ajmer

टेलीफोन सं.
एस.टी.डी. कोड
बिना पूर्वाग्रह के

श्री..... के जीवन पर दिनांक..... को जारी
की गई पॉलिसी संख्या..... का भुगतान पत्र।
मैं/हम.....
उपरोक्त स्वर्गीय श्री.....
का/के/की (सम्बन्ध)..... दिनांक..... को
मेरे हित/हमारे हित में किये गये..... के आधार पर
उपरोक्त निगम से..... रूपये
की धनराशि जिसमें बोनस की रकम शामिल है, श्री..... की
मृत्यु दिनांक..... को हुई, की उपरोक्त पॉलिसी के अन्तर्गत सभी दावों/
क्लेमों और मांगों को सम्पूर्ण भरपाई के रूप में स्वीकार करता हूँ / करते हैं और यह पॉलिसी उक्त निगम को रद्द करने के लिए
समर्पित है।

भुगतान प्रपत्र सही
पाया गया

उ.श्रे.सं./स.प्र.अ.

बीमाधन.....रु.
दुर्घटना हित लाभ.....रु.
बोनस.....रु.
अन्तरिम बोनस.....रु.
आवधिक बोनस (F.A.B.)
आयु अधिक लिखी होने के कारण प्रीमियम
अन्तर राशि.....रूपये
अन्य राशि का वापसी.....रूपये

ऋण रुपये

इनमें से निम्न रकम घटानी है
मृत्यु होने वाले वर्ष में देय हुई प्रीमियम की बकाया
किस्ते.....रु.
विलम्ब शुल्क.....रु.
ऋण.....रु.
ब्याज.....रु.
आयु कम लिखी होने के कारण प्रीमियम
की अन्तर राशि.....रु.

खाता सं.
IFSC Code
बैंक का नाम व पता

कटौती रुपये.....
देय रुपये.....

स्थान..... दिनांक..... माह..... 20.....

*ऊपर लिखे, या व्यक्तियों में निम्नांकित

साक्षी व प्रति हस्ताक्षर.....
नाम.....
पता.....

टेलिफोन नं..... मोबाइल.....
(क्लब सदस्य अपनी मोहर अवश्य लगायें)

यदि कुल रकम 5000 रु. या
अधिक हैं तो 1.00 रु. का
रसीद टिकिट लगाइये।

पूरे हस्ताक्षर

पिता का नाम.....
पति का नाम.....
पता.....

(कृपया आदेश 2 व 5 पढ़ें)

(महिला दावेदारों की स्थिति में)

नोट : 1. भुगतान नेफ्ट द्वारा किया जायेगा।

*2. इस भुगतान पत्र पर निम्नलिखित में से किसी एक के सामने हस्ताक्षर किये जाने आवश्यक हैं, डॉक्टर, प्रबन्धक, प्रधान,
डाकपाल या विभागी उप-डाकपाल किन्तु शाखा डाकपाल नहीं, राजपत्रित अधिकारी, अध्यक्ष, स्थानीय परिषद् नगरपालिका
का प्रमुख अधिशासी, जस्टिस, ऑफ पीस मजिस्ट्रेट, शपथ आयुक्त (ऑथ कमिश्नर), सार्वजनिक लेखा प्रमाणक (नोटेरी
पब्लिक), जिलाधीश, जहां दावेदार रहता हो उस स्थान या जिले का जज, हाई स्कूल का प्रधानाध्यापक, एडवोकेट,

ग्राम पंचायत का प्रधान व बशर्ते कि जिस भाषा में फार्म छपा हो। निगम का अधिकारी, अधीक्षक या विकास अधिकारी, जिसकी नियुक्ति स्थाई हो चुकी हो और कम से कम तीन वर्ष तक विकास अधिकारी का कार्य कर चुका हो तथा जो दावेदारों को जानता हो। या डी.एम., चेयरमैन, जेड एम. क्लब के सदस्य एजेन्ट।

- यदि हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा किसी दूसरी भाषा में किये गये हों तो उसके नीचे हिन्दी रूपान्तर अवश्य दिया जाना चाहिए।

स्त्रियों को अपने हस्ताक्षर के साथ अपने पिता या पति का नाम अपने सम्बन्ध का विवरण देते हुए जैसे -

पुत्र श्री..... और विधवा श्री.....

पत्नी श्री..... इत्यादि अवश्य जोड़ना चाहिए।

- अनपढ़ व्यक्तियों को अंगूठे का निशान लगाना चाहिए जिसकी शिनाख्त मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस, राजपत्रित अधिकारी, खण्ड विकास अधिकारी, या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी या जिसकी नियुक्ति को तीन वर्ष हो चुके हों व दावेदार की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो या डी.एम./ जेड. एम. चेयरमैन क्लब के सदस्य के द्वारा की जानी चाहिए।
- स्त्रियों के मामले में उनसे अंगूठे का निशान की पूरी तरह से शिनाख्त अपने नाम के आगे पिता तथा पति का नाम लिखकर की जानी चाहिए।
- यह भुगतान पत्र स्याही द्वारा हस्ताक्षरित एवं गवाही होनी चाहिए, बालपेन से नहीं।
- यदि यह लिखित भुगतान पत्र एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित किया गया है और यह इच्छा व्यक्त की गई है कि भुगतान इनमें से किसी एक को किया जाए तो हस्ताक्षर करने वाले सभी व्यक्तियों को नीचे लिखे अधिकार पत्र को पूरा करके मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस, राजपत्रित अधिकारी, खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को तीन वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो या डी.एम./चेयरमैन / जेड. एम. क्लब के सदस्य एजेन्ट के सामने हस्ताक्षर करने पड़ेंगे। यदि भुगतान पत्र में हस्ताक्षर करने वाले व्यक्तियों के अलावा किसी दूसरे व्यक्ति को रुपया दिया जाता है तो उस दशा से इस प्रकार के अधिकार पत्र की आवश्यकता पड़ेगी, लेकिन यह बात भी अच्छी तरह समझ लेनी चाहिए कि इस प्रकार के अधिकार-पत्र प्राप्त व्यक्तियों को भुगतान करने लिए निगम बाध्य नहीं है।

स्थान

दिनांक.....

मैं/हम एतद् भारतीय जीवन बीमा निगम को अधिकार देता हूँ/देते हैं और निवेदन करता हूँ / करते हैं कि इनमें लिखी

.....रूपये की रकम श्री.....को भुगतान कर दी जावे।

इनमें उल्लिखित व्यक्तियों ने निम्न अधिकारी के

समक्ष हस्ताक्षर किये

मजिस्ट्रेट, जस्टिस ऑफ पीस, राजपत्रित अधिकारी, खण्ड विकास अधिकारी, निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को तीन वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो या डी.एस./जेड.एम. चेयरमैन क्लब के सदस्य एजेन्ट।

पूरे हस्ताक्षर

मैं/हम एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि इस अधिकार पत्र का ब्यौरा मेरे द्वारा श्री.....

..... को उनकी समझी जाने वाली भाषा में समझा दिया था और

यह / वे अधिकार प्राप्त व्यक्तियों श्री..... को भुगतान कर दिये जाने के लिए राजी हैं।

मजिस्ट्रेट, जस्टिस ऑफ पीस, राजपत्रित अधिकारी, खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को तीन वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो।

*यह चिन्हांकित लिखा-पढ़ी करने वाले मजिस्ट्रेट, जस्टिस आफ पीस, राजपत्रित अधिकारी, खण्ड विकास अधिकारी, या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी बशर्ते कि वह हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो, के द्वारा उस दशा में पूर्ण किये जाने के लिए है जबकि अधिकार-पत्र किसी अनपढ़ अथवा हिन्दी के अलावा और कोई दूसरी भाषा जानने वाले व्यक्ति द्वारा भरा गया है।