

मुख्य वरिष्ठ/शाखा प्रबंधक
मानव संसाधन विभाग
राजस्थान सरकार - 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 :



भारतीय जीवन बीमा निगम

(लाइफ इन्श्योरेन्स कॉरपोरेशन अधिनियम 1956 द्वारा स्थापित)

यूनिट.....

डिवीजनल ऑफिस ब्रांच ऑफिस

दावेदार का बयान

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

स्व.....के जीवन पर ली गई है।

(मृतक का पूरा नाम लिखें)

रुपये बीमाधन की रकम की पॉलिसी संख्या.....के दावेदार के सम्बन्ध में मैं पॉलिसी के दावेदार के रूप में निम्न विवरण दे रहा हूँ / रही हूँ सभी साफ-साफ लिखे जाने चाहिए। उत्तर शब्दों में दिये जाने चाहिए। कालम के निशान बिन्दु या लकीरें उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं की जा सकती।

1. दावेदार से सम्बन्धित विवरण :-

- (1) दावेदार का नाम
- (2) पिता का नाम
- (3) पति का नाम (स्त्री दावेदार हेतु)
- (4) आयु
- (5) पता
- (6) सम्बन्ध (मृतक बीमाधारी से)
- (7) दावे की रकम के लिए आप किस तरह दावेदार हैं
(अ) प्रबन्धक (ब) प्रशासन (स) अभ्यर्थी
(असायनी) (द) नामित (नामिनी) यदि आप
नाबालिक की ओर से रकम मांग कर रहे हैं तो
अपनी हैसियत स्पष्ट करें.....
- (8) भविष्य में सम्पर्क हेतु लिखें :-

एस.टी.डी. कोड :-
दूरभाष संख्या :-

(2) मृतक बीमाधारी से सम्बन्धित विवरण :-

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

मृत्यु तिथि	मृत्यु समय	प्रातः सांय
-------------	------------	-------------

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

पॉलिसी संख्या	बीमा धन	जारी करने वाले कार्यालय का नाम	प्रारम्भ होने की तिथि	क्या यह पॉलिसी DAB/EDB फायदा सहित थी	बीमा किस्ते जमा कराने की तिथि

मैं.....एतद् द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि
ऊपर लिखा गया बयान सब प्रकार से सत्य है।

सम्पत्ति किसी व्यक्ति के उपचार अथवा परीक्षण के सम्बन्ध से गोपनीयता के आधार पर किसी डॉक्टर अथवा चिकित्सालय की जानकारी अथवा सूचना को प्रकाशित किये जाने से सम्बन्धित निषेध होने अथवा किसी कानूनी, आधार, व्यवहार अथवा लौकिक रीति सम्बन्धी प्रावधान के अन्यथा होने पर भी मैं एतद् द्वारा इस प्रकार के डाक्टर अथवा चिकित्सालय, जहाँ निगम द्वारा उक्त पॉलिसी जारी किए जाने के पूर्व अथवा पश्चात् किसी रोग के कारण उक्त मृतक बीमाधारी की जाँच 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 सलाहकार अथवा किसी न्यायालय में यह जानकारी अथवा सूचना दे सकते हैं।

दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठा निशानी

दावेदार का नाम

वर्तमान पता जहाँ चैक भेजना है

मेरे समक्ष घोषित किया गया। स्थान.....दिनांक.....

साक्षी के हस्ताक्षर *(कृपया नीचे नोट पढ़ें)

‘सत्यापन’ :-

पूरा नाम

पद/पता एवं कार्यालय की

मोहर सहित

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

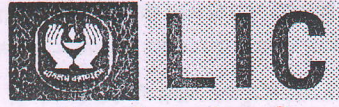
प्रमाणित किया जाता है कि घोषणाकर्त्ता को इस प्रपत्र का विवरण प्राकृत भाषा से बतलाया गया है तथा उसे पूरी तरह समझने के पश्चात् ही उसने अपने हस्ताक्षर किये हैं / अंगूठा निशानी लगायी है।

हस्ताक्षर

पद.....

पता.....

* नोट : यह बयान निम्नलिखित में से किसी एक के द्वारा प्रति हस्ताक्षरित होना चाहिए। (1) अभिभाषक (2) मण्डल प्रबन्धक अथवा इससे उच्च क्लब का सदस्य एजेंट (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 विभागीय सहायक (पोस्ट मास्टर) (परन्तु शाखा पोस्ट मास्टर नहीं) (10) दण्डनायक (11) जीवन बीमा निगम का कोई अधिकारी अथवा विकास अधिकारी (जो कम से कम पांच वर्ष तक अधिकारी रहा हो) (12) ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय बोर्ड का अध्यक्ष।



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।

3. 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।

4. 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।
5. 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।
6. यह भुगतान पत्र स्याही द्वारा हस्ताक्षरित एवं गवाही होनी चाहिए, बालपेन से नहीं।
7. 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.एम./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।