



मण्डल कार्यालय, अजमेर

**कृपया मूल पॉलिसी बॉण्ड इस फार्म के साथ अवश्य भेजें।**

मैंने अपने पॉलिसी इकरारनामों को रद्द करने का निश्चय कर लिया है तथा इस पॉलिसी की पूर्ण व अन्तिम समर्पण मूल्य लेना चाहता हूँ कृपया मुझे समर्पण मूल्य के भुगतान की व्यवस्था करें। मैंने यह समझ लिया है कि मेरी इस पॉलिसी का समर्पण मेरे हित में नहीं है एवम् इसका समर्पण मूल्य मेरे द्वारा जमा कराये गये प्रीमियम की राशि से भी कम होगा।

दिनांक.....

बीमाधारी के हस्ताक्षर

समर्पण/डिस्काउन्टेड मूल्य का भुगतान प्रपत्र पॉलिसी संख्या ..... के जीवन पर श्री/श्रीमती ..... के दिनांक ..... को जारी की गई है। बीमा राशि ..... रुपये मैं/हम ..... एतद् द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम से उपरोक्त पॉलिसी के बोनस के नकद मूल्य सहित रु. .... (रुपये.....)

(शब्दों में कुल रकम भरिये)

के समर्पित मूल्य प्राप्ति स्वीकार करता हूँ/करते हैं और उपरोक्त पॉलिसी रद्द करने हेतु लौटा रहा हूँ/रहे हैं। समर्पित डिस्काउन्टेड मूल्य बोनस की नकद मूल्य सहित ..... रु. .... अन्य..... रु. ....

कटौती की रकमें

भुगतान प्रपत्र सही है

सहायक प्र.अ./उ.श्र.स.

ऋण ..... रु. ....  
 ब्याज ..... रु. ....  
 अदत्त प्रीमियम एवं ब्याज ..... रु. ....  
 अन्य रकमें एक्सचार्ज इत्यादि ..... रु. ....  
 रु. ....

मेरे बैंक खाते में सीधे भुगतान हेतु निम्न विवरण प्रस्तुत है :-

1. पॉलिसी संख्या .....  
 2. बैंक का नाम .....  
 3. बैंक का पता .....  
 4. खाता संख्या .....  
 5. खाते का प्रकार .....  
 6. आई.एफ.एस.सी.कोड .....  
 7. कैंसिल बैंक व पासबुक की प्रति .....  
 8. मोबाईल नं. ....  
 9. हस्ताक्षर .....

मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैंने/हमने उक्त पॉलिसी के सम्बन्ध में जीवन बीमा निगम अथवा पॉलिसी जारी करने वाली बीमा कम्पनी के अभिलेख में पंजीकृत अभ्यर्पण अथवा पुनःअभ्यर्पण (Assignment or Reassignment) से सम्बन्धित भारतीय जीवन बीमा निगम के किसी भी कार्यालय की कोई नोटिस नहीं दिया तथा समर्पण मूल्य का भुगतान करने के पूर्व उक्त निगम के किसी भी कार्यालय की अभ्यर्पण अथवा पुनः अभ्यर्पण के सम्बन्ध में कोई नोटिस नहीं दूंगा/देंगे।

सभी शुद्धियाँ मान्य है

स्थान ..... में दिनांक .....

साक्षी :

(कृपया हस्ताक्षर हिन्दी/अंग्रेजी में करें)

हस्ताक्षर ..... बीमाधारी के हस्ताक्षर .....  
 पूरा नाम ..... महिला बीमाधारी के हस्ताक्षर .....  
 व्यवसाय ..... अभ्यर्पित (Assignee) .....  
 पता .....

**यदि कुल रकम 5001/- अथवा उससे अधिक है तो एक रुपये का रसीदी टिकट लगायें।**

वर्तमान पता.....

कृपया पृष्ठ उलटिये

नोट: जो व्यक्ति पढ़े-लिखे न हो उन्हें अपना अंगूठा निशान लगानी चाहिये जिसकी शिनाख्त कार्यालय की मोहर के सहित प्रमाण मजिस्ट्रेट द्वारा या जस्टिस ऑफ पीस या खण्ड विकास अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या सरकार द्वारा संचालित, स्थानीय उच्च विद्यालय अथवा उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधानाध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के एजेंट या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम के विकास अधिकारी जो कम से कम पाँच वर्ष सेवारत रह चुका हो एजेंट जो मण्डल प्रबन्धक, क्षेत्रीय प्रबन्धक व अध्यक्ष क्लब के सदस्य हैं, और फार्म भरने वाले व्यक्तियों की पहचान के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हों, के द्वारा प्रमाणित कराना चाहिए। ऐसे हस्ताक्षरों या अंगूठा निशानी को प्रमाणित करने वाले साक्षी को निम्न घोषणा में हस्ताक्षर करने चाहिए।

इस भुगतान का विवरण श्री/श्रीमती .....को समझा दिया है। और उन्होंने विवरण को भली-भाँति समझ लेने के बाद ही अपने हस्ताक्षर किये हैं/अपना अंगूठा निशान लगाया है।

#### कार्यालय की मोहर :-

(साक्षी के हस्ताक्षर)

यदि इस भुगतान पत्र पर एक से अधिक व्यक्तियों ने हस्ताक्षर किये हैं किन्तु भुगतान उनमें से किसी एक व्यक्ति को किये जाने की इच्छा व्यक्त की गई है तो जिस व्यक्ति को रकम लेने का अधिकार देना हो उसे छोड़कर अन्य सभी व्यक्तियों को नीचे दिया अधिकार पत्र मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी या सरकार द्वारा संचालित स्थानीय उच्च विद्यालय या उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधानाध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के एजेंट जो मण्डल प्रबन्धक, क्षेत्रीय प्रबन्धक व अध्यक्ष क्लब के सदस्य हैं और हस्ताक्षरकर्ताओं की पहचान के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हों के समक्ष भर कर उसमें अपने हस्ताक्षर करने चाहिये। यदि भुगतान इस भुगतान पत्र पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्तियों के अलावा किसी अन्य व्यक्ति को किया जाना है जो उस दशा में निम्न अधिकार पत्र की आवश्यकता होगी।

स्थान.....दिनांक.....

\*मैं/हम एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा को अधिकार देता हूँ/देते हैं और प्रार्थना करता हूँ/करते हैं कि उपर्युक्त..... रुपये की रकम श्री/श्रीमती .....को भुगतान करें।

इस व्यक्ति या व्यक्तियों ने  
निम्न की उपस्थिति में हस्ताक्षर किये।  
.....  
(अधिकार प्राप्त किये हुए व्यक्ति का नाम)  
(.....)  
(.....)

मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस के हस्ताक्षर व कार्यालय की मोहर

पूरे हस्ताक्षर

\*मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस अधिकार पत्र का विवरण श्री/श्रीमती.....को उनके द्वारा समझी जाने वाली भाषा में समझा दिया गया था और वे अधिकृत व्यक्ति या व्यक्तियों को रकम का भुगतान किये जाने के लिए सहमत है।

#### कार्यालय की मोहर :-

मजिस्ट्रेट अथवा जस्टिस ऑफ पीस के हस्ताक्षर

\*\*इस अधिकार पत्र में मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी या सरकार द्वारा संचालित उच्च विद्यालय या उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधानाध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के एजेंट या निगम के प्रथम श्रेणी के अधिकारी या निगम के विकास अधिकारी जो कम से कम पाँच वर्ष सेवारत रह चुका हो और हस्ताक्षरकर्ताओं की पहचान के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो कि उपस्थित में हस्ताक्षर किये जाने चाहिए।

यदि अधिकार पत्र भरने वाला/वाले व्यक्ति अशिक्षित है अथवा हिन्दी के अलावा दूसरी भाषा-भाषी हैं तो यह पृष्ठांकन प्रमाणक मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस या खण्ड विकास अधिकारी या सरकार द्वारा संचालित स्थानीय उच्च विद्यालय या उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधानाध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के एजेंट या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम के विकास अधिकारी जो कम से कम पाँच वर्ष सेवारत रह चुका हो। एजेंट जो मण्डल प्रबन्धक, क्षेत्रीय प्रबन्धक व अध्यक्ष क्लब के सदस्य द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।

#### पॉलिसी समर्पण/डिस्चार्ज फार्म के साथ प्रस्तुत की जाने वाली प्रश्नावली

पॉलिसी सं. .... बीमाधारी का नाम.....  
समर्पण की तिथि .....  
(कृपया प्रत्येक प्रश्न में से केवल एक विकल्प का चयन करें)

| प्रश्न सं. | प्रश्न                                                                                                             | विकल्प                                                                                                                |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.         | क्या आप समझते हैं कि जीवन बीमा पॉलिसी के समर्पण के कारण आपके जीवन पर बीमा संरक्षण की समाप्ति एवं वित्तीय हानि है ? | 1. हाँ<br>2. नहीं                                                                                                     |
| 2.         | जीवन बीमा पॉलिसी को समर्पित करने के कारण ?                                                                         | 1. जरूरी वित्तीय आवश्यकता<br>2. योजना के नियम व शर्तों से संतुष्ट नहीं<br>3. सेवा से संतुष्ट नहीं<br>4. अन्य कोई कारण |
| 3.         | क्या समर्पण राशि भारतीय जीवन बीमा निगम की अन्य योजना में निवेश की जा रही है ?                                      | 1. हाँ 2. नहीं                                                                                                        |
| 4.         | क्या आप अपनी पॉलिसी के लिए अनुमानित समर्पण मूल्य से अवगत है।                                                       | Rs. .... हस्ताक्षर .....                                                                                              |

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा समर्पण मूल्य की गणना को पूर्ण रूप से समझ लिया गया है तथा समझने के पश्चात् डिस्चार्ज फार्म पर हस्ताक्षर कर रहा हूँ।

बीमाधारी का नाम : .....

मोबाइल/संपर्क नम्बर : .....

दिनांक : .....

बीमाधारी के हस्ताक्षर