



LIC

भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

जोधपुर मण्डल /JODHPUR DIVISION

शाखा कार्यालय /Branch Unit No.

दावेदार का बयान /CLAIMAT'S STATEMENT

पॉलिसी धन के कानूनन अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए। सभी उत्तर साफ और स्पष्ट होने चाहिए, उत्तर शब्दों में दिए जाने चाहिए। बिन्दु अथवा आदी तिरछी लकीरें उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं की जायेगी।

(To be filled by person legally entitled to the Policy moneys)

All answers to be filled in legibly, Answers must be given in words, Strokes of the pen or dashes cannot be accepted as replies.

पॉलिसी सं. जो रु. के लिए स्व. के जीवन पर जारी की गई थी, के दावेदार के रूप में निम्नलिखित

बयान देता हूँ -

In connection with claim under Policy No. for Rs. on the life of

(insert full Name of deceased)

I, as the claimant under the policy, make the following statement :-

1. दावेदार के बारे में विवरण :-

Particulars regarding the Claimant

अ. दावेदार का नाम

(Name of Claimant)

ब. दावेदार के पिता का नाम

Full Name of claimants Father

स. आयु

Age

द. पता

Address

य. दावेदार का मृतक बीमेदार से सम्बन्ध

Relationship to the deceased Life Assured

ई. पॉलिसी धन पर दावे प्रस्तुत करने के लिए स्वामित्व का आधार : जैसे कानूनन अधिकारी नामित व्यक्ति, अभ्यार्थी, मुख्तार, प्रशासक, न्यासी अथवा हिताधिकारी

Nature of title under which the claim for policy/money is submitted viz. legal heir Nominee, Assignee, Executor, Administrator, Trustee, or Beneficiary

2. मृतक बीमेदार श्री/श्रीमती के बारे में विवरण :-

Particulars regarding the deceased Life Assured :

Shri/Smt.

अ. मृत्यु का स्थान

Place of death of the Life Assured

ब. मृत्यु की तिथि समय पूर्वान्ह/अपरान्ह

Date of death

Exact time of death

AM/PM

स. मृत्यु के समय बीमेदार की आयु

Age of the Life Assured at death

द. अन्तिम बीमारी की अवधि

Duration of the last illness

य. मृत्यु का तात्कालिक कारण

Immediate cause of death

र. मृतक का अन्तिम व्यवसाय

Last occupation of the Life Assured

ल. मृतक का अन्तिम पता

Last Address of the Life Assured

व. मृतक के पिता का नाम

Full Name of deceased's Father

3. मृतक के जीवन पर ली गई अन्य पॉलिसियों का विवरण :-

Particulars regarding the other Policies on the life of the deceased :

पॉलिसी सं. Policy No.	बीमा धन Sum Assured	पॉलिसी जारी करने वाले कार्यालय का नाम Name of the issuing Office	पॉलिसी की प्रारम्भ तिथि Date of Commencement	क्या पॉलिसी दुगुना दुर्घटना हितलाभ अथवा विस्तृत अपंगता हितलाभ सहित थी Whether with Double Accident or extended Disability Benefits

4. अ) बीमेदार ने स्वास्थ्य ठीक न होने की शिकायत सबसे पहले कब की थी?
When did the deceased first complaint of being not in usual good health
- ब) रोग का विवरण जिसकी शिकायत की थी
Nature of illness then complained
5. अन्तिम बीमारी की अवधि में इलाज करने वाले चिकित्सकों के नाम व पते
The names and addresses of the Medical Attendants during the last illness
6. उन डाक्टरों के नाम व पते जिन्होंने तीन वर्षों में मृतक बीमादार की चिकित्सा की हो, उन रोगों का विवरण लिखिए जिनका निदान किया गया हो-
Name and addresses of the doctors, consulted during the last three years stating against each name the complaint for which he was consulted and the date there of :
- | परामर्श की तिथि अथवा तिथिये
Date or dates of consultation | डॉक्टर अथवा चिकित्सालय का नाम व पता
Name of the Doctor or Hospital and address | रोग का विवरण
Nature of Complaint |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
- मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त बयान सभी प्रकार से सत्य है।
I do hereby declare that the statement made here in above is true in each and every respect.

किसी प्रचलित कानून, रीति-रिवाज, रस्म या प्रथा के कारण चिकित्सकों अथवा अस्पतालों पर किसी व्यक्ति की जांच चिकित्सा करने के दौरान प्राप्त जानकारी या सूचना की गोपनीयता के आधार पर प्रकट करने पर प्रतिबन्ध होते हुए भी मैं एतद् द्वारा मृतक बीमादार की जांच चिकित्सा करने वाले चिकित्सक अथवा/एवं अस्पताल को यह अधिकार देता हूँ कि वह/व मृतक बीमादार के स्वास्थ्य के बारे में प्राप्त सूचना का भारतीय जीवन बीमा निगम उसके कार्यालय या किसी भी न्यायालय को दे दे चाहे ऐसी सूचना, मृतक बीमादार की पॉलिसी जारी करने के पूर्व प्राप्त हुई हो या पॉलिसी जारी करने के बाद प्राप्त हुई हो।

Not with standing provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting physician or hospital from divulging any knowledge or information acquired by him/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy, I hereby authorise the physician or hospital who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased life assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding the deceased's state of health which he/they may have acquired whether before or after the policy was issued by the Corporation, to the Corporation, its Offices, any legal advisers or in any Court of law.

आज (स्थान) दिनांक माह 200 को मेरे समक्ष घोषित किया।
Declared at this day of 200 Before me.

साक्षी के हस्ताक्षर/Signature of witness	दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी
नाम/Name	Signature/Thumb impression of the Claimant
पद/Designation	नाम/Name
पता/Address	पद/Designation
	पता/Address

यदि इस फार्म के प्रश्नों के उत्तर हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में दिये गये हैं या प्रस्तावक ने अंगूठा निशान लगाया है या अन्य भाषा से हस्ताक्षर किये हैं तो साक्षी को निम्नलिखित घोषणा करनी चाहिए।

If the Declarant signs in Vernacular or affixes thumb impression, the witness should also sign the following declaration :-
प्रमाणित किया जाता है कि इस फार्म में सम्पूर्ण विवरण का घोषणाकर्ता को उसकी भाषा में भली-भांति समझा दिया गया था और उसमें सब कुछ पूरी तरह और भली-भांति समझा दिया गया था और उसमें सब कुछ पूरी तरह और भली भांति समझाने के बाद ही हस्ताक्षर किये हैं, अंगूठा निशान लगाया है।

Certified that the contents of the form were explained to the Declarant in Vernacular and He/She has affixed His/Her signature Thumb Impression here to after fully understanding the same.

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर/Signature of witness

नाम/Name

पद/Designation

पता/Address

प्रति हस्ताक्षरित (मोहर सहित)

यह फार्म निम्नलिखित में से किसी एक के द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाना चाहिए :

1. निगम के अभिकर्ता (जो विभागीय प्रबन्धक या उससे उच्चस्तरीय अभिकर्ता क्लब का सदस्य हो)
2. एडवोकेट
3. बैंक मैनेजर
4. खण्ड विकास अधिकारी
5. शपथ आयुक्त
6. डॉक्टर
7. राजपत्रित अधिकारी
8. माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य
9. मुख्य डाकपाल अथवा विभागीय उपडाकपाल (किन्तु शाखा डाकपाल न हो)
10. मजिस्ट्रेट
11. निगम के अधिकारी या अधीक्षक या विकास अधिकारी (जो विकास अधिकारी के रूप में कम से कम 5 वर्ष से सेवारत हो)
12. ग्राम पंचायत या स्थानीय परिषद के अध्यक्ष।

The statement must be countersigned by (1) an advocate (2) an Agent of the Corporation (who is a member of an agent's Club at the level of Divisional Manager's Club or above) (3) a Bank Manager (4) a Block Development Officer (5) a Commissioner of Oaths (6) a Doctor (7) a Gazetted officer (8) a Head Master of a High School (9) a Head Post Master or Department Sub-Post Master (but not a Branch Post Master) (10) a Magistrate (11) an Officer or Superintendent or a Development Officer who has served at least 5 years as Development Officer of the Corporation or (12) President of a Village Panchayat or Local Board.

मण्डल कार्यालय, जोधपुर

(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित)

शाखा कार्यालय

दाह संस्कार या दफनाने का प्रमाण-पत्र

(यह प्रपत्र मृतक के दाह संस्कार एवं दफनाने के समय उपस्थित ऐसे व्यक्ति द्वारा पूरा किया जाना चाहिये जो प्रतिष्ठित एवं जिम्मेदार नागरिक हो एवं बीमित का रिश्तेदार न हो।)

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

मृतक का पूरा नाम

मृतक के पिता का पूरा नाम

(अ) आप मृतक को कब से जानते थे?

(ब) क्या वह आपका सम्बन्धी था/थी? अगर हाँ तो सम्बन्ध लिखिये

(अ) मृत्यु की तिथि एवं समय

(ब) मृत्यु का कारण

(स) मृत्यु का स्थान

(द) बीमारी की अवधि

(अ) मृतक की शारीरिक विशेषता या विशेष चिन्ह का वर्णन कीजिये

(ब) क्या वह ऊँचाई में लम्बा, मध्यम या छोटा था/थी?

(स) क्या उसका शारीरिक गठन मजबूत, मध्यम या पतला था

(द) मृत्यु के समय लगभग आयु

मृत्यु के तुरन्त पूर्व मृतक का व्यवसाय एवं नियोक्ता का पता, यदि हो

मृतक का पूर्व व्यवसाय एवं नियोक्ता का पता, यदि हो

(अ) आपने मृतक को कब जीवित देखा था?

(ब) क्या आपने मृत्यु पश्चात मृत शरीर देखा था?

(स) क्या मृत शरीर जलाया या दफनाया गया या कौनसी विधि

से संस्कार किया गया?

(द) उपरोक्त विधि का समय व दिनांक

8. (य) दाह संस्कार व दफन विधि स्थान का नाम व पता
- (र) क्या आप दाह संस्कार/दफन विधि के समय उपस्थित थे?
-
9. क्या आप जानते हैं कि मृतक के जीवन पर
- निगम द्वारा बीमा किया गया था।
-

मैं यह घोषणा करता हूँ कि जिस व्यक्ति का दाह संस्कार किया गया या दफनाया गया, वह उक्त उल्लेखित व्यक्ति है एवं उपर्युक्त कथन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य व सही है।

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर

नाम

व्यवसाय

पता

आज दिनांक माह वर्ष को मेरे समक्ष यह प्रपत्र पूर्ण एवं घोषित किया गया।

हस्ताक्षर

यह बयान नीचे वर्णित किसी एक का होना चाहिये।

(1) अभिभावक (2) निगम का अभिकर्ता जो मण्डल प्रबन्धक क्लब या उससे उच्च क्लब का सदस्य हो (3) बैंक मैनेजर (4) खण्ड विकास अधिकारी (5) ओथ कमिश्नर (6) चिकित्सक (7) गजेटेड अधिकारी (8) उच्च माध्यमिक विद्यालय का प्रधानाध्यापक (9) प्रधान डाकपाल या विभागीय डाकपाल (शाखा डाकपाल नहीं) (10) मजिस्ट्रेट (11) निगम का विकास अधिकारी जो कि निगम में कम से कम 3 वर्ष पूर्ण कर चुका हो। (12) वह विकास अधिकारी जो कि नियुक्ति से पूर्व किसी अभिकर्ता क्लब का सदस्य हो (13) ग्राम पंचायत या स्थानीय निकाय का अध्यक्ष।

प्रमाणित किया जाता है कि इस प्रमाण-पत्र का विवरण घोषणाकर्ता को उसकी भाषा में समझा दिया गया एवं उसके कहे अनुसार उत्तर लिखे गये हैं। (अगर अंगूठा निशानी या हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किये हो)

हस्ताक्षर



जोधपुर मण्डल

शाखा

चिकित्सक का प्रमाण-पत्र

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

स्व. श्री/श्रीमती के जीवन पर।

(मृतक का पूरा नाम लिखें)

जारी की गई पॉलिसी नं. 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 पहिचान के लिये किसी चिन्ह या शारीरिक विशिष्टता का उल्लेख करिये।	क. अनुमानित आयु वर्ष ख. ग.
3. उसकी मृत्यु किस तिथि को और किस प्रकार हुई?	समय बजे दिन/रात्रि दिनांक माह 200.....
4. किस स्थान में मृत्यु हुई थी? (सही पता दें) यदि अस्पताल में हुई तो पूरा विवरण जैसे-नाम नं. दिनांक	
5. क. मृत्यु का वास्तविक कारण क्या था? (रोग या दूसरे कारणों या मृत्यु के बारे में अपने विचारों के अनुसार लक्षण बताने के अतिरिक्त रोग का पार्थक्य सूचक तकनीकी नाम भी लिखें) ख. क्या रोग का निश्चय मृत्यु के बाद जांच करके किया गया था अथवा जीवित अवस्था में ही लक्षणों से व देखने के 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 दिखवाया गया। छ. क्या आप बीमारी की पूरी अवधि में उपचार करते रहे? यदि नहीं तो लिखें कि कितने समय तक उपचार किया।	क. प्रारम्भिक कारण दूसरे कारण ख. ग. घ. ङ. च. छ.
6. क. क्या मृतक संयम (Sober) और आत्म संयमी (Temprate) प्रवृत्ति का था। ख. क्या आपके पास यह मान लेने या शंका करने का कोई कारण है उसे इस बीमारी के होने या उसके बढ़ जाने का कारण उसकी असंयमी प्रवृत्ति थी?	क. ख.

7. जिस रोग के कारण उसकी मृत्यु हुई उसके अतिरिक्त उनमें 1. पहले से ही था 2. साथ-साथ कौन-कौन से अन्य रोग वर्तमान में थे। ऐसे रोगों या बीमारियों का ब्यौरा दीजिये। क. ऐसे रोग के सर्वप्रथम मालूम होने की तिथि। ख. किसने उपचार किया? ग. आपकी बीमारी का वृत्त किसने बताया?	1. 2. क. ख. ग.
8. क. बीमारी के अन्तिम समय आपको दिखलाने के अतिरिक्त क्या मृतक का उपचार किसी अन्य चिकित्सक के द्वारा अथवा किसी अस्पताल में कराया गया था? यदि हाँ तो कृपया उनके नाम पते दीजिए 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 उसी पारिवारिक चिकित्सक का नाम व पता दें।	क. ख. ग.
10. मृतक को अन्तिम बीमारी के तीन वर्ष पूर्व आपने कब और किन-किन रोग के लिए उपचार किया।	
11. क्या उसकी मृत्यु के सम्बन्ध में कोई छानबीन या औपचारिक जांच की गई थी अथवा उसके शरीर की शव परीक्षा हुई? यदि हाँ तो किसके द्वारा और उससे क्या पता चला?	
12. क्या इस दावे के सम्बन्ध में आप मृतक को 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 श्री का चिकित्सक एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि जहां तक मेरी जानकारी व विश्वास है, उपर्युक्त प्रकथन सत्य एवं सही और मृतक की मृत्यु उसके स्वप्रयत्न से नहीं हुई थी।

स्थान दिनांक माह 200 संकेत सं. (यदि आप निगम के अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक हैं तो यहां अपनी संकेत संख्या (Code No.) लिखें। चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं पहिचान की साक्षी

नाम	नाम
हस्ताक्षर	हस्ताक्षर
व्यवसाय	व्यवसाय
पत्र व्यवहार का पता	पत्र व्यवहार का पता

टिप्पणी : यदि चिकित्सक सिविल या 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 संबंधी न हो। अन्य स्थितियों में निम्न में से किसी एक के द्वारा प्रति हस्ताक्षरित होनी चाहिये। डाक्टर, बैंक प्रबन्धक, हैड पोस्ट मास्टर या विभागीय सब पोस्ट मास्टर (किन्तु ब्रॉच पोस्ट मास्टर नहीं) पादरी, राजपत्रित अधिकारी, स्थान बोर्ड के अध्यक्ष, महापालिका के मुख्य प्रबन्धाधिकारी, जस्टिस ऑफ पीस, मजिस्ट्रेट, शपथ आयुक्त सार्वजनिक लेखा प्रमाणक (नोटरी 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 जानते हो) अथवा कारपोरेशन के अधिकारी, अधीक्षक (Superintendent) या विकास अधिकारी (जो विकास अधिकारी के रूप में कम से कम पांच वर्ष कार्य कर चुका हो और उसकी नियुक्ति स्थाई हो चुकी हो) एवं जो घोषणाकर्ता को जानता हो।

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



जोधपुर मण्डल

शाखा कार्यालय.....

अभिकर्ता की गोपनीय प्रतिवेदन

शाखा कार्यालय को निम्नलिखित बीमाधारी की सूचना प्राप्त होने पर अभिकर्ता से निवेदन है कि वो मृत्यु के सम्बन्ध में सावधानीपूर्वक जाँच करके निम्न प्रतिवेदन स्पष्ट रूप से भरें।

यह प्रतिवेदन पॉलिसी संख्या.....स्व. श्री/श्रीमती.....
के जीवन पर के संदर्भ में है।

1. क्या यह आपकी व्यक्तिगत जानकारी में है कि उपरोक्त बीमाधारी.....
की मृत्यु हो गई है?
2. मृत्यु के सम्बन्ध में अन्य सूचनायें यथा मृत्यु की तिथि, स्थान, तिथि
कारण व मृत्यु की परिस्थितियाँ स्थान
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 उपरोक्त पॉलिसी जारी की गई थी। यदि
नहीं तो कारण बतायें।
5. क्या आपको दावे की सदस्यता के बारे में किसी प्रकार का संदेह है?
6. इस संदर्भ में अन्य कोई सूचना जो आप देना चाहे :

दिनांकको (स्थान).....में भरा गया

अभिकर्ता के हस्ताक्षर.....नाम

कोड संख्या

शाखापता

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का नाम



श्री के जीवन पर दिनांक को जारी की गयी
पॉलिसी संख्या का भुगतान पत्र।
मैं/हम
उपरोक्त स्वर्गीय श्री
का/के/की (सम्बन्ध) दिनांक को) मेरे हित/हमारे हित
में किये गए के आधार पर धन राशि जिसमें बोनस की
रकम शामिल है, श्री मृत्यु दिनांक
को हुई, की उपरोक्त पॉलिसी के अन्तर्गत सभी दावों (क्लेमों) और माँगों की सम्पूर्ण भरपाई के रूप में स्वीकार करता हूँ/करते हैं और यह पॉलिसी उक्त निगम को
रद्द करने के लिए सौंपता हूँ/सौंपते हैं।

बीमाधन रु.
बोनस रु.
अन्तरिम बोनस रु.
आवधिक बोनस (F.A.B.) रु.
आयु अधिक लिखी होने के कारण प्रीमियम
की अन्तर राशि रु.
योग रु.

इसमें से निम्न रकमों घटानी है।

मृत्यु होने वाले वर्ष में देय हुई प्रीमियम की बकाया

किश्तें रु.

विलम्ब शुल्क रु.

ऋण रु.

व्याज रु.

आयु कम लिखी होने के कारण प्रीमियम

की अन्तर राशि रु.

रु.

रु.

स्थान दिनांक माह 20

ऊपर लिखे, या व्यक्तियों ने निम्नांकित

साक्षी की उपस्थिति में हस्ताक्षर किये।

साक्षी व प्रति हस्ताक्षर

पद

पता

(कृपया आदेश 2 व 5 पढ़ें)

मैं/हम निगम से अनुरोध करते हैं कि उपरोक्त राशि मेरी जोखिम एवं जिम्मेदारी पर डिमाण्ड ड्राफ्ट से प्रेषित की जाय।

मैं/हम उपरोक्त दावा राशि में से डिमाण्ड ड्राफ्ट खर्च राशि की कटौती की सहमति देते/देता हूँ।

दावेदार की जोखिम एवं खर्च पर राशि डिमाण्ड ड्राफ्ट से प्रेषित की जा सकती है। हम इस हेतु दावेदार को निम्नांकित नोट हस्ताक्षर करना आवश्यक है।

यदि कुल रकम 5000 रु. से
अधिक है तो 1 रुपये का रसीद
का टिकट लगाइये।

दावेदार/दावेदारों के पूरे हस्ताक्षर

नाम

पुत्री/पुत्र

पति

पता

नोट :- 1. निगम द्वारा भुगतान आपको बैंक खाता में NEFT के द्वारा किया जायेगा अतः NEFT संबंधी आवश्यकता इस प्रपत्र के साथ प्रस्तुत करें।

3.1.3

(2) इस भुगतान पत्र पर निम्नलिखित में से किसी एक के सामने हस्ताक्षर किये जाने आवश्यक है-डाक्टर, बैंक प्रबन्धक, प्रधान डाकपाल या विभागीय उप-डाक (किन्तु डाक पाल नहीं) राजपत्रित अधिकारी, अध्यक्ष स्थानीय परिषद नगरपालिका का प्रमुख अधिशासी अधिकारी, जस्टिस ऑफ पीस, मजिस्ट्रेट, शपथ आयुक्त (औथ कमिशनर) सार्वजनिक लेखा प्रमाणक (नोटेरी पब्लिक), जिलाधीश, जहां दावेदार रहता हो उस स्थान या जिले का जज, हाई स्कूल के प्रधान अध्यापक, एडवोकेट, ग्राम पंचायत का प्रधान बशर्ते कि जिस भाषा में फार्म छपा हो उसे वह जानता हो, निगम का अधिकारी, विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति स्थाई हो चुकी हो और कम से कम पांच वर्षों तक विकास अधिकारी का कार्य कर चुका हो तथा जो दावेदार को जानता हो। या डी.एम./चैयरमैन/जैड एम क्लब के सदस्य एजेन्ट।

(3) यदि हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा किसी दूसरी भाषा में किये गये हो तो उसके नीचे उसका हिन्दी रूपान्तर अवश्य दिया जाना चाहिये।

स्त्रियों को अपने हस्ताक्षर के साथ अपने पिता तथा पति का नाम अपने सम्बन्ध का विवरण देते हुए जैसे पुत्री श्री

और विधवा श्री पति श्री

इत्यादि अवश्य जोड़ देना चाहिए।

(4) अनपढ़ व्यक्तियों को अंगूठे का निशान लगाना चाहिए जिसकी शिनाख्त मजिस्ट्रेट या जस्टिस ऑफ पीस, राजपत्रित अधिकारी खण्ड अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को पांच वर्ष हो चुके हो व दावेदार की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया संतुष्ट हो या डी.एम./जैड.एम./चैयरमैन क्लब के सदस्य एजेन्ट 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 ही हस्ताक्षरित एवं गवाही होना चाहिए, बाल पेन 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 पत्र इनमें से किसी एक को किया जाय 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 पांच वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया संतुष्ट हो, के सामने हस्ताक्षर करने पड़ेंगे। यदि भुगतान पत्र में हस्ताक्षर करने वाले व्यक्तियों के अलावा किसी दूसरे व्यक्तियों को रुपया दिया जाता है तो उस दशा में भी 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 के लिए निगम बाध्य नहीं है।

स्थान

दिनांक

मैं/हम एतद् द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को अधिकार देता हूँ/देते हैं और निवेदन करता हूँ/करते हैं कि इसमें लिखी रुपये की रकम श्री को भुगतान कर दी जावे।

इसमें उल्लिखित व्यक्तियों ने निम्न अधिकारी के समक्ष

हस्ताक्षर किये

(1)

(2)

(3)

मजिस्ट्रेट, जस्टिस ऑफ पीस-राजपत्रित अधिकारी खण्ड विकास अधिकारी

(पूरे हस्ताक्षर)

निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को

पाँच वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त

के बारे में पूर्णतया संतुष्ट हो या डी.एम./जैड.एम./चैयरमैन क्लब के सदस्य एजेन्ट

*मैं एतद् प्रमाणित करता हूँ कि इस अधिकारी 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 है/हैं।

मजिस्ट्रेट, जस्टिस ऑफ पीस-राजपत्रित अधिकारी खण्ड विकास अधिकारी

निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति

को पाँच वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त के बारे में पूर्णतया

संतुष्ट हो। डी.एम./जैड.एम./चैयरमैन क्लब के सदस्य एजेन्ट

*यह चिह्नांकित लिखा पढ़ी करने वाले मजिस्ट्रेट जस्टिस ऑफ पीस राजपत्रित अधिकारी खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी के अधिकारी बशर्ते कि वह हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त बारे पूर्णतया संतुष्ट हो के द्वारा उस दशा में पूर्ण किए जावे एवं हस्ताक्षर किये जाने के लिए है जब कि अधिकार पत्र किसी अनपढ़ अथवा हिन्दी के अलावा और कोई दूसरी भाषा जानने वाले व्यक्ति द्वारा भरा गया है।



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मण्डल कार्यालय, जोधपुर

मृतक श्री/श्रीमती पता के

जीवन पर पॉलिसी संख्या के अन्तर्गत दावे के सम्बन्ध में (मृतक का पूरा नाम तथा पता लिखिये)

1. अस्पताल के रिकार्ड के अनुसार रोगी का पूरा नाम, उम्र पता तथा व्यवसाय क्या था ?	नाम उम्र पता व्यवसाय
2. अस्पताल में भर्ती होने के उसके क्या विवरण है।	भर्ती दिनांक पंजीकरण नं. वार्ड सं. शैथ्या नं.
3. अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व रोगी किसकी चिकित्सा में था ? यदि भर्ती होने के समय रोगी किसी डॉक्टर का पत्र नोट लाया था, कृपया उसकी सत्यापित प्रतिलिपि प्रस्तुत कीजिये।	
4. भर्ती के समय-	
(अ) उसकी किस प्रकार की शिकायत थी।	
(ब) शिकायत की अवधि जैसी उसने बताई क्या थी।	
5. (अ) भर्ती के समय रोगी द्वारा बताई गई यथार्थ पूर्ववृत्त क्या थी (तारीख) रोग की अवधि, लक्षण इत्यादि बताये गये लिखें।	
(ब) क्या पूर्ववृत्त रोगी स्वयं के द्वारा दी गई अथवा किसी अन्य के द्वारा।	
(स) यदि रोग वृत्त रोगी स्वयं न नहीं दिया तो उस व्यक्ति जिसने पूर्ववृत्त दिया का नाम तथा रोगी से उसका सम्बन्ध क्या है उस समय क्या रोगी उपस्थित था तथा चेतना था ?	
(द) पूर्ववृत्त जिसको दी गई तथा जिसके द्वारा रिकार्ड की गई।	
(इ) क्या वह डाक्टर जिसको पूर्ववृत्त दी गई तथा जिसने रिकार्ड की अब भी अस्पताल में है यदि नहीं तो उसका वर्तमान पता क्या है।	
6. अस्पताल में क्या रोग निदान किया गया ?	
7. रोगी के अस्पताल में भर्ती होने के समय रोग के साथ अथवा पूर्व अन्य कोई रोग अथवा व्याधि थी ? यदि ऐसा है तो वह क्या थी ? कृपया ऐसा रोग अथवा व्याधि का पूर्ववृत्त दें बताते हुये।	
(अ) दी गई पूर्ववृत्त	(अ)
(ब) दिनांक जब रोगी ने प्रथम बार देखा	(ब)
(स) जिसके द्वारा चिकित्सा की गई	(स)
(द) पूर्ववृत्त जिसके द्वारा दी गई (यदि रोगी स्वयं के द्वारा नहीं कृपया संकेत दीजिये यह उसकी उपस्थिति तथा उसकी जानकारी में थी)	(द)
(इ) पूर्ववृत्त जिसके द्वारा ज्ञात की गई तथा रिकार्ड की गई (यदि वर्तमान में वह डाक्टर अस्पताल में नहीं है। कृपया उसका वर्तमान पता दीजिये।)	(इ)
8. अस्पताल में उसकी विमुक्ति की क्या तारीख है।	
9. जब वह अस्पताल में विमुक्ति हुआ उसकी क्या अवस्था थी ?	
10. क्या अस्पताल में पूर्व इससे पहले उसकी चिकित्सा की गई ? यदि ऐसा है कृपया बताइये।	
(अ) भर्ती की दिनांक	(अ)
(ब) विमुक्ति दिनांक तथा उसकी अवस्था	(ब)
(स) व्याधि का प्रकार	(स)
प्रमाणित है कि उपरोक्त सूचना अस्पताल के रिकार्ड के अनुसार सही है।	हस्ताक्षर नाम
दिनांक	संकेत संख्या*
	अर्हता तथा पद
	अस्पताल का नाम
	डाक का पता

*(यदि आप निगम के अधिकृत स्वास्थ्य परीक्षक हैं तो अपना संकेत संख्या लिखें)



Addendum

Life Insurance Corporation Of India

Declaration of Tax Residency for FATCA/CRS Reporting

(Section 285BA of the Income-tax Act, 1961 relating to FATCA/CRS reporting)

Is your country of Tax Residency outside India ?

Y/N

(If yes, mandatorily fill the Self Certification Form for Individuals)

I hereby declare that the details furnished above are true and correct to the best of my knowledge and belief and I under take to inform you of any changes therein, within 30 days of such changes. In case any of the above information is found to be false or untrue or misleading or misrepresenting, I am aware that I may be held liable for it.

Signature of Policyholder/Assignee

(The above declaration should be obtained at the time of Assignment, Surrender and other servicing requests as per instructions issued from time to time)