



(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा स्थापित)
यूनिट.....

डिवीजनल ऑफिस..... ब्रांच ऑफिस.....

दावेदार का बयान

जोखिम/पुर्नचलन तिथि के 3 वर्षोपरान्त मृत्यु दावों हेतु।

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

स्व. श्री/श्रीमती..... के जीवन पर ली गई।

(मृतक का पूरा नाम लिखें)

..... रुपये बीमा की रकम की पॉलिसी संख्या..... के दावे के सम्बन्ध में पॉलिसी के दावेदार के रूप में निम्न विवरण दे रहा हूँ/रही हूँ। सभी उत्तर साफ-साफ लिखे जाने चाहिए। उत्तर शब्दों में दिए जाने चाहिए। कॉलम के निशान बिन्दु या लकीरें उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं की जायेगी।

1. दावेदार से सम्बन्धित विवरण:-

1. दावेदार का नाम
2. टेलीफोन नं./ई/मेल (आपसे सम्पर्क करने में सहायक होगा)
3. पता
4. मृतक बीमाधारी से सम्बन्ध
5. दावे की रकम के लिए आप किस तरह दावेदार है यानि आप नामित व्यक्ति है।
अथवा समनुदकशिता (असायनी) है या प्रशासक या एक्जिक्यूटर है।
अथवा ट्रस्टी, हितलाभर्थी अथवा नियुक्त व्यक्ति हैं।

2. मृतक बीमाधारी से सम्बन्धित विवरण:-

1. नाम मृतक
2. मृत्यु कर स्थान
3. मृत्यु की तिथि व समय
4. मृत्यु के समय बीमाधारी की आयु
5. मृत्यु होने का कारण

श्री/श्रीमती
मृत्यु तिथि मृत्यु समय प्रातः/समय वर्ष

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

(साक्षी के हस्ताक्षर)

पूरा नाम

पद

पता

दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी

पद

पता

मेरे समक्ष घोषित किया गया। स्थान दिनांक

यदि घोषणकर्ता 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 घोषणाकर्ता को इस प्रपत्र का विवरण प्राकृत भाषा में बतलाया गया है तथा उसे पूरी तरह समझने के पश्चात् ही उसने हस्ताक्षर किये हैं/अंगूठा निशानी लगायी है।

हस्ताक्षर

पद

पता

नोट:- यह बयान निम्नलिखित में से किसी एक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित होना चाहिए।

1. अभिभावक
2. निगम के मण्डल प्रबंधक क्लब अथवा इससे उच्च क्लब का सदस्य एजेन्ट
3. बैंक व्यवस्थापक
4. खण्ड विकास अधिकारी
5. शपथ आयुक्त
6. डॉक्टर
7. राजपत्रिक अधिकारी
8. ताध्यमिक विद्यालय का प्रधानाध्यापक
9. मुख्य पोस्टमास्टर अथवा विभागीय सहायक पोस्टमास्टर (परन्तु शाखा पोस्टमास्टर नहीं)
10. दण्डनायक
11. जीवन बीमा का कोई अधिकारी, अधीक्षक विकास अधिकारी (जो कम से कम 3 वर्ष अधिकारी रहा हो)
12. अभिकर्ताओं में से नियुक्त ऐसा कन्फर्मड विकास अधिकारी जो नियुक्ति से पूर्व मण्डल प्रबंधक अथवा शाखा प्रबंधक क्लब सदस्य अभिकर्ता था अथवा अभिकर्ताओं से नियुक्त ऐसा विकास अधिकारी जो नियुक्ति से पूर्व क्षेत्रीय प्रबंधक अथवा अध्यक्ष क्लब सदस्य अभिकर्ता था
13. ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय बोर्ड का अध्यक्ष।

Annexure II

For the Claim arising from the 6th Year Onwards (The table to be completed by system)

Claim of Policy Number/s	
Sum Assured	
Life Assured Shri/Smt with Full Address (deceased)	
Date of issue of FPR	
Date of commencement/Date of revival, if any	
Last address of the Deceased	
Name and address of the claimant with relation	
Occupation of the deceased as per policy records	
Date and place of death and cause of death	
Employer's name and Address	

Format for Certification of Death Claim from Agent/ Development Officer/ SBA/ Employee.

I hereby confirm on the basis of my enquiries/ verification of documents that
 Shri/Smt _____ Policyholder /LA under Policy
 No _____ expired on _____ at
 _____ He was residing at _____

Details of enquiries / documents verified _____

Signature - _____

Date _____

Agent/ Development Officer/ SBA/Employee

Place - _____

Name - _____

Regd. Code/Sr No _____

Designation/Club Membership - _____

Contract No _____



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

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, कारण तिथि.....
व मृत्यु की परिस्थितियाँ स्थान.....
परिस्थितियाँ.....
3. आपको किन स्त्रातों से जानकारी प्राप्त हुई एवं क्या आप संतुष्ट है कि.....ये स्रोत विश्वास योग्य है ?
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 सदाशयता के बारे में किसी प्रकार का संदेह है ?
6. इस संदर्भ में अन्य कोई सूचना जो आप देना चाहे :

दिनांक.....को (स्थान).....में भरा गया

अभिकर्ता के हस्ताक्षर.....नाम.....

कोड संख्या.....

शाखा.....पता.....

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 रकम घटानी है।

मृत्यु होने वाले वर्ष में देय हुई प्रीमियम की बकाया
किश्तें रु.
विलम्ब शुल्क रु.
ऋण रु.
ब्याज 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

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

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 को 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।

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।

कृ.पृ.उ.

- (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 सन्तुष्ट 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 सन्तुष्ट 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
निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या विकास अधिकारी जिसकी नियुक्ति को
पाँच वर्ष हो चुके हो व हस्ताक्षरकर्ता की शिनाख्त
के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट हो या डी.एम./जैड.एम./चैयरमैन क्लब के सदस्य एजेन्ट

(पूरे हस्ताक्षर)

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

*यह चिह्ननांकित 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 के बारे में पूर्णतया सन्तुष्ट 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।



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)