



भारतीय जीवन बीमा निगम Life Insurance Corporation of India

दावा प्रपत्र CLAIM FORM

समूह बचत संबधित बीमा योजना के अन्तर्गत देय दावा लाभ
For Claiming benefits payable under the Group Savings Linked Insurance Scheme

मास्टर पालिसी संख्या जीएसएलआई / Master Policy Number GSLI
(प्रत्याभूति द्वारा भरा जाएगा) / (To be completed by the Grantees)

1. संस्था का नाम / Name of the Institution :
2. मास्टर पालिसी संख्या / Master Policy No. : GSLI/ D.O.C.
3. बीमित सदस्य का नाम / Name of the Insured Member : वर्ग/ Category
4. सूची में क्रम सं० / कर्मचारियों की सं० / Employee No./Sl. No. In the list :
5. वर्ग/वेतन पदक्रम / Category / Salary Grade :
6. बीमा संरक्षण की रकम / Amount of Insurance Cover :
7. जन्म तिथि / Date of Birth :
8. योजना में प्रवेश की तिथि / Date of entry into the Scheme :
9. बीमित सदस्य से मासिक अंशदान की रकम पुरसंरक्षित
Amount of monthly contribution recovered from the Insured Member :
10. अगर सदस्यता के दौरान मासिक अंशदान में परिवर्तन तो
परिवर्तन की तिथि चिन्हित और परिशोधित अंशदान
If there has been a change in the monthly contribution during his
Membership Indicate date of change and the revised contribution. :
11. प्रथम अंशदान के लिए देय राशि की देय तिथि (चिन्हित दिन, मास एवं वर्ष)
Due date for payment of the first contribution (Indicate day,
month & year :
12. योजना से बहिर्गमन की तिथि / Date of exit from scheme :
13. अन्तिम अंशदान के लिए देय राशि की देय तिथि (चिन्हित दिन, मास एवं वर्ष)
Due date for payment of the last contribution (Indicate day, month & year :
14. निगम को दिए गए अन्तिम अंशदान की तिथि
The date on which the last contribution was paid to the corporation. :
15. निर्गम की पद्धति (मृत्यु/सेवा निवृत्ति/त्यागपत्र/सेवा समाप्ति)
Mode of exit (Death/retirement/resignation/termination of service) :
16. मृत्यु का कारण (बहिर्गमन के केस में मृत्यु द्वारा)
Cause of death (in case of exit by death) :
17. क्या सदस्य योजना में प्रवेश तिथि को अस्वस्थता की पृष्ठभूमि में अनुपस्थित
था (अगर है, तो अवकाश का विवरण दीजिए)
Was the member absent on grounds of ill-health on the date of entry
into the Scheme (If so, give details of leave) :
18. हिताधिकारी का नाम और सदस्य के संबंध (मृत्यु केस में)
Name of the beneficiary and relationship to the Member (In case of death) :
19. मृत्यु के प्रमाण की स्वरूप (कृपया वास्तविक मृत्यु प्रमाण संलग्न करें)
Nature of proof of death (Please enclose Original Death Certificate) :
20. सदस्यता के दौरान क्या अर्देय शेष किरत है? (अगर है, तो विवरण दीजिए)
Whether any premium remains unpaid during Membership
(If so, give details) :

हम घोषण करते हैं कि उपरोक्त ब्योरा सत्य और ठीक है और उपरोक्त सदस्य योजना के अन्तर्गत बर्हिगमन की दिनांक तक बीमित था और उसने निगम को सभी किश्तें दे दी हैं।

We declare that the above particulars are true and correct & above Member was an Insured Member covered under the scheme of the date of his exit and that all premiums have been paid to the Corporation on his behalf.

हम सुनिश्चित करते हैं कि उपरोक्त हिताधिकारी सदस्य के द्वारा संबंधित योजना के अन्तर्गत लाभप्राप्ति ले सकता है।

We confirm that the beneficiary mentioned above is the person appointed by the Member to receive the benefit under the Scheme.

दिनांक _____ का _____ दिन _____ 200
Dated at _____ this _____ Days of _____ 200

साक्षी :
WITNESS

हस्ताक्षर

Signature :

नाम

Name :

पता

Address : _____

मास्टर पालिसी धारक के हस्ताक्षर
Signature of the Master Policy Holder

विमुक्ति प्रपत्र
DISCHARGE RECEIPT

_____ रुपये प्राप्त किए (रु० _____)

Received a sum of Rs. _____ (Rupees _____)

भारतीय जीवन बीमा निगम से पूरे एवं अन्तिम निश्चित हमारे दावे एवं मांग के संबंध में श्री _____
बीमा सं० _____ के अन्तर्गत मास्टर पालिसी संख्या _____ जो मृत्यु/सेवा त्याग/सेवा निवृत्त _____ को हुए।

From the Life Insurance Corporation of India in a full and final settlement of all our claims and demands in respect

Shri _____ Assurance No. _____ under Master Policy No. _____

who expired/left service/Retired on _____

दिनांक _____ का _____ दिन _____ 200
Dated at _____ this _____ Days of _____ 200

साक्षी :
WITNESS

हस्ताक्षर

Signature : _____

नाम

Name : _____

पद

Designation : _____

पता

Address : _____

Rs. 1

अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता
Signature of the authorised signatory

नाम
Name _____

पद
Designation _____

(कार्यालय मोहर)
(OFFICE STAMP)

दुविधा की स्थिति में अंग्रेजी का प्रपत्र मान्य होगा।
युष्मा, हमें हिन्दी में पत्र लिखें।