



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

पेंशन एवं समूह बीमा इकाई, जबलपुर
P & GS UNIT, JABALPUR

जी.एस.एल.आई. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र : बचत से जुड़ी समूह बीमा योजना हेतु

1. संस्था का नाम
 2. मास्टर पॉलिसी क्रमांक
 3. वीमित सदस्य का नाम
 4. जन्म तारीख..... योजना शुरू होने की तिथि
 5. नियुक्ति तिथि योजना में शामिल होने की तिथि
 6. वीमित सूची का पेज क्र. पेज पर सदस्यता क्रं

बीमित सदरस्य से वसूली जाने वाली राशियाँ

- | | | |
|---|--|------|
| 7. प्रथम अंशदान की राशि | दिनांक | से |
| 8. (i) परिवर्तित अंशदान की राशि | दिनांक | से |
| (ii) परिवर्तित अंशदान की राशि | दिनांक | से |
| (iii) परिवर्तित अंशदान की राशि | दिनांक | से |
| 9. अंतिम अंशदान की राशि | दिनांक | से |
| 10. योजना से निकासी तारीख | (सेवानिवृत्ति/स्थानांतरण/त्यागपत्र/निलंबन/सेवा से पृथक/मृत्यु) | |
| 11. निकासी का कारण | मृत्यु का कारण | |
| 12. लाभग्राही का नाम एवं संबंध | | |
| 13. क्या सदस्यता के दौरान कोई अंशदान शेष बकाया है | | |
| 14. पॉलिसी की सदस्यता अवधि के दौरान | स्थान | अवधि |
| स्थानांतरित जगहों का विवरण | | |

घोषणा

हम घोषणा करते हैं कि उपरोक्त विवरण सत्य व सही है और उपरोक्त सदस्य अपने निकासी की तारीख पर योजना के अंतर्गत बीमित सदस्य था। और यह कि उसके पक्ष में निगम की सभी प्रीमियमों का भुगतान कर दिया गया है यदि दावा प्रपत्र में दी गई प्रीमियम भुगतान स्थिति की वजह से दावा भुगतान में कोई त्रुटि होती है तो उसके लिए हम स्वयं जिम्मेदार रहेंगे। हम पुष्टि करते हैं कि उपरोक्त लाभग्राही योजना के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के लिए सदस्य द्वारा नामित व्यक्ति है।

दिन दिनांक माह वर्ष

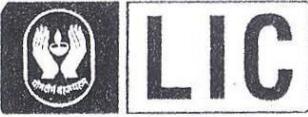
साक्षी :-

- (1) हस्ताक्षर :
 (2) नाम :
 (3) पद :

संस्था प्रमुख के हस्ताक्षर

कार्यालय की मुहर

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मार्टर पॉलिसी संख्या

Form No. K-293
શ્રી-20 પેડ/02-08

जबलपुर मंडल JABALPUR DIVISION

मैं/हम

एतद् द्वारा भारतीय जीवन वीमा निगम के उपरोक्त पॉलिसी के अन्तर्गत निम्नलिखित जीवन/जीवनों पर जारी किये गये वीमों के पूर्वावधि दावा/मृत्युदावा/ समर्पित मूल्य/वार्षिकी की मद मे अपने समस्त दावा तथा मांगों की पूर्ण संतुष्टि एवं भरपाई में रूपये की राशि की प्राप्ति रखीकार करता

हूँ / करते हैं।

प्रस्तुतकर्ता

जांचकर्ता

स्थान दिनांक माह 20

1 रुपया की
रसीदी
टिकिट

पूर्ण हस्ताक्षर

उपरोक्त व्यक्ति/व्यक्तियों ने निम्नांकित व्यक्ति की उपस्थिति में हस्ताक्षर किये।

साक्षी
पद
पता