



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. बीमित सदस्य का नाम
4. जन्म तारीख..... योजना शुरू होने की तिथि
5. नियुक्ति तिथि योजना में शामिल होने की तिथि
6. बीमित सूची का पेज क्र. पेज पर सदस्यता क्रं.

बीमित सदस्य 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
..... से..... तक
..... से..... तक
..... से..... तक

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

