

# भारतीय जीवन बीमा निगम

मण्डल कार्यालय , अम्बेडकर सर्किल, भवानी सिंह मार्ग , जयपुर  
शाखा - पी.एण्ड. जी.एस., जयपुर

जन श्री बीमा योजना के अंतर्गत समूह बीमा योजना  
मास्टर पॉलिसी नम्बर जी.आई./जे.बी.वाई. ....

## दावा फॉर्म

भाग "अ" (हिताधिकारी द्वारा भरा जाना है)

1. मृतक सदस्य का नाम व पूरा पता
2. नोडल एजेन्सी (जिसके मार्फत बीमा करवाया गया था) का नाम व पूरा पता
3. सदस्यता संख्या
4. योजना में सम्मिलित होने की तारीख
5. पिता/पति का नाम
6. (अ) मृत्यु की तारीख (ब) मृत्यु के समय आयु
7. (अ) मृत्यु की स्थान (ब) मृत्यु का कारण
8. नामित व्यक्ति का नाम
9. नामित व्यक्ति का पूर्ण पता
10. मृतक सदस्य का नामित व्यक्ति से सम्बन्ध (रिश्ता)
11. नामित व्यक्ति का बचत खाता संख्या तथा बैंक का नाम व पूरा पता

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर पूर्णतया सत्य है।

साक्षी के हस्ताक्षर

हिताधिकारी के हस्ताक्षर

स्थान:

दिनांक:

भाग "ब" (नोडल/कार्यकारी ऐजन्सी द्वारा भरा जाना है)

एतद् द्वारा प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त प्रश्नावली के उत्तर हर तरह से पूर्णतया सत्य है। नामित व्यक्ति का नाम नामंकन रजिस्टर के क्रम संख्या ..... पर दर्ज है।

नोडल/कार्यकारी ऐजन्सी/मास्टर पॉलिसी होल्डर के अधिकृत  
व्यक्ति के हस्ताक्षर तथा सील

भाग "स"

विमुक्त/भरपाई प्रपत्र

हम .....  
एतद् द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम से रूपये ..... (अंको में) रूपये .....  
..... (अक्षरों में) की रकम की प्राप्ति पूर्ण संतुष्टि के साथ स्वीकार करते हैं, तथा मास्टर पॉलिसी नम्बर ....  
.....के अन्तर्गत मृतक सदस्य श्री/श्रीमती ..... के  
जीवन पर हमारे सभी दावों और मांगों के लिए भरपाई करते हैं।

रेवेन्यू टिकट

नोडल/कार्यकारी ऐजन्सी/मास्टर पॉलिसी होल्डर के अधिकृत  
व्यक्ति के हस्ताक्षर तथा सील

भाग "द"

कृपया दावे की रकम का भुगतान बैंक द्वारा हिताधिकारी के .....  
बैंक में बचत खाता संख्या ..... में जमा कराने हेतु भेजे।

(सील)

नोडल/कार्यकारी ऐजन्सी/मास्टर पॉलिसी होल्डर के अधिकृत  
व्यक्ति के हस्ताक्षर तथा सील