

# भारतीय जीवन बीमा निगम

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

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

## दावा फार्म

भाग "अ" (हिताधिकारी द्वारा भरा जाना है)

1. मृतक सदस्य का नाम व पूरा पता : .....
2. नोडल एजेंसी (जिसके माफत बीमा करवाया गया था) का नाम व पूरा पता : .....
3. सदस्या संख्या : .....
4. योजना में सम्मिलित होने की तारीख : .....
5. पिता/पति का नाम : .....
6. (अ) मृत्यु की तारीख ..... (ब) मृतक सदस्य की आयु .....
7. (अ) मृत्यु की स्थान ..... (ब) मृतक 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 पूरा पता : .....

मैं एतद् द्वारा घोषण करता/ करती हूँ कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर पूर्णतया सत्य है।

साक्षी के हस्ताक्षर

हिताधिकारी के हस्ताक्षर

स्थान : .....

दिनांक : .....

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

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

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

भाग " स "

विमुक्त/भरपाई

हम .....

एतद् द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम से रुपये ..... (अंको में) रुपये .....  
..... ( अक्षरों में) की रकम की प्राप्ति पूर्ण सन्तुष्टि के साथ स्वीकार  
करते हैं, तथा मास्टर पॉलिसी नं० ..... के अन्तर्गत मृतक सदस्य  
श्री/श्रीमती ..... के जीवन पर हमारे सभी दावों और मांगों के  
लिए भरपाई करते हैं।

रेवेन्यू टिकट

नोडल/कार्यकारी एजेन्सी/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 करने हेतु भेजें।

(सील)

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