



भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

भारतीय जीवन बीमा निगम, हावड़ा मंडल  
L.I.C. OF INDIA, HOWRAH DIVISION

(जीवन बीमा अधिनियम १९५६ द्वारा स्थापित)  
(Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956)

सूचना सं.  
INT. No.

दिनांक  
Dt.

विमुक्ति  
Discharge of

पॉलिसी सं.  
Policy No.

के जीवन पर परिपक्व/देय तिथि  
Maturity due on

बीमेदार  
Life of  
मैं / हम  
I/We

बीमेदार/अभ्यर्थी/त्यासी  
the Life assured/assignee(s)/Trustee  
एतद् द्वारा  
do here by

भारतीय जीवन बीमा निगम से सकल दावे के रूप में प्राप्ति स्वीकार करना है / करते हैं  
Acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of  
रुपये  
Rupees

जी उपरतक पॉलिसी के अंतर्गत संविदा की शर्तों के अनुसार निम्न भुगतानों के संबंधों में मेरे / हमारे दावी  
The gross amount of claim, in full satisfaction of all my/our claims and demands in respect of the  
एवं मांगों की पूर्ण तुष्टि है  
Following payments under the above policy in terms of the policy contract.

My Bank Account No.

Tel/Mob No. : .....

Name of the Bank .....

e-mail id : .....

Name of the Bank Branch .....

IFS Code .....

Please submit cancelled cheque or xe-rox copy of Bank Pass Book

एतद्वारा पॉलिसी उक्त निगम को निरस्त/पूष्ठाकन हेतु भेजी जाती है।

Policy is hereby delivered to the said corporation for endorsement.

दिनांक स्थान

दिनांक  
this

माह  
day

२०  
20

Dated at

हस्ताक्षरित श्री/श्रीमती

Signed by Shri/Smt. + \_\_\_\_\_

की उपस्थिति में

In the presence of \*

साक्षी का हस्ताक्षर

Signature of witness \_\_\_\_\_

साक्षी का विवरण

Particulars of witness \_\_\_\_\_

पुरा नाम

full Name \_\_\_\_\_

पद

Designation \_\_\_\_\_

पता

Address \_\_\_\_\_

DON'T WAIT FOR MATURITY DATE  
SUBMIT IMMEDIATELY

जल्दी जमा करें

राजस्व टिकट  
Revenue  
Stamp of  
Rs. 1.00

(दावेदार / दावेदारों के पूरे और संक्षेप में हस्ताक्षर  
अंग्रेजी / प्रादेशिक भाषा में)

(Signature of the claimant/s

in full & short in English/vernacular)

NOTES (1) Payment will be made by an Account Payee not Nego-  
tiable Cheque. If payment is desired by M.O. or a  
demand draft, it can be made at the claimant's cost and  
at his/her risk and responsibility on his/her signing to the  
following note of request.

I/We hereby request the Corporation to pay the afore-  
said amount by M.O./Demand Draft on the \_\_\_\_\_  
Bank \_\_\_\_\_ at my/our risk and  
responsibility. I/We further agree to M.O. Commission/  
Bank charges being deducted from the claim amount

(Signature of the claimants)

टिप्पणी (१) भुगतान आदाता खाता अधिनियम चेक द्वारा किया जायेगा। यदि  
भुगतान मनी ऑर्डर या डिमांड ड्राफ्ट द्वारा अपेक्षित है तो  
निम्नानुरोध पत्र उनके हस्ताक्षर करने पर दावेदार के खर्च पर  
और जिम्मेदारी पर किया जा सकता है। मैं/हम एतद्वारा निगम  
से उक्त राशि मनीऑर्डर/डीमांड ड्राफ्ट \_\_\_\_\_  
बैंक पर \_\_\_\_\_ मेरी/हमारी अपनी जोखिम  
और जिम्मेदारी पर करने पर अनुमति करते हैं/करते हैं। मैं/हम  
मनी ऑर्डर कमीशन/बैंक प्रभार दावे की राशि में से काटने के  
लिए सहमत हैं/हैं।

दावेदारों का हस्ताक्षर

- (2) This discharge must be signed by the Life Assured and witnessed by a credible person who is conversant with the language of this form and knows the life assured.
- (3) If more than one person have signed the discharge form, the names of all the persons should be stated.
- (4) Illiterate claimants must affix their thumb impressions which should be attested by a magistrate or Special Executive Magistrate or a Gazetted Officer, or Block Development Officer, or a Class 1 Officer of the L.I.C. or a Development Officer of the L.I.C. with at least five years' service. The attesting witness must make the following declaration under his signature \*Shri/Smt ..... son/daughter of Shri ..... wife/widow of Shri ..... has affixed his/her thumb impression in my presence after understanding the contents hereof.
- (5) Since our records do not show that the final premium due on ..... under the policy has been paid, we have proceeded on the assumption that it remain unpaid and have calculated the claim amount on the basis. If, however, the said premium has already been paid, the amount thereof will be refunded along with the claim amount. To enable us to trace the payment of premium if already made, please inform us to the name of the office or Bank where it was paid and the date and number of the deposit receipt issued thereof.
- (6) Signature/s of the claimant/s other than Life Assured should be attested by one of the officials as mentioned in Note No. (4)

If the within written discharge is signed by more than one person and payment is desired to be made to only one of them, then the following Note of Authority must be completed and signed by all of them before a Magistrate, or a Special Executive Magistrate, or a Gazetted officer, or a Block development Officer, or a Class 1 Officer of the Corporation, or a Development Officer of the Corporation with atleast five year's service provided he is fully satisfied about the identity of the executants.

Place ..... Date .....

मे/हम एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्रधिकृत करते हैं और अनुरोध करते हैं कि वह अर्न्तलिखित राशि रु ..... श्री/श्रीमती ..... को जदा करे।  
I/We hereby authorise and request the L.I.C. of India to pay the within mentioned amount of Rs. .... to Shri/Smt. ....

की उपस्थिति में अर्न्तलिखित पार्टियों द्वारा हस्ताक्षरित

Signed by the parties with mentioned in the presence of

शासि

Witness : \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

Signature : \_\_\_\_\_

पूरा नाम

Full Name : \_\_\_\_\_

पद

Designation : \_\_\_\_\_

पता

Address : \_\_\_\_\_

(संपूर्ण हस्ताक्षर)  
(प्राधिकारी की कार्यलयीन मोहर)  
(Signature in full)  
(Official Seal of the Authority)

मे प्रमाणित करता हूँ कि यह प्रधिकार पत्र मे श्री/श्रीमती ..... को समझा दिया था और वह/वे प्रधिकृत पार्टी श्री/श्रीमती ..... का भुगतान वाले के पक्ष मे सहमत है।  
I certify that the contents of the Note of Authority were explained by me to Shri/Smt ..... and he She/they have agree to payment being made to Shri/Smt ..... the authorised party

साक्षी का हस्ताक्षर  
(Signature of the Witness)

शुद्ध बट्टागत मूल्य, नकद विकल्प, प्रदत्त मूल्य, प्रथम / द्वितीय वि. हि./ दावा रु

..... के पक्ष में स्वीकार करें।

Admit Net D.V., C.O., P.V., 1st/2nd Maturity claim for Rs. .... Favours.

आवश्यकता :- पॉलिसी, विमुक्ति प्रपत्र, आयु प्रमाण, फो. नं. 3490, विद्यमानता प्रमाणपत्र

Requirements : Policy, Discharge Form, Age Proof, F. No. 3510, Exist Certificate, Non-resident Query Form.

प्रस्तावक/बीमेदार/अभ्यर्थी/न्यासी (वि.स्वी.सं.अधिनियम)  
Proposer/Life Assured/s, Assignee/s, Trustee/s (M.W.P.ACT)

सत्र/प्रज/सम्प्र/मंत्र

A.A.O.A.O.A.D.M., D.M.

- (2) विमुक्ति बीमेदार द्वारा हस्ताक्षरित एवं ..... इस फार्म की भाषा से तथा बीमेदार से परिचित हैं, साक्ष्यकित होना चाहिए।
- (3) यदि एक से अधिक व्यक्तियों ने प्रपत्र पर हस्ताक्षर हैं, तो सभी व्यक्तियों के नामों का उल्लेख करना चाहिए।
- (4) अनपढ़ दावेदारों को अपने अंगूठे के निशान लगाने चाहिए, जो अधिकारी या विशेष कार्यकारी अधिकारी या राजपरपत्रित अधिकारी या प्रखण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम की 5 वर्षों की सेवा सहित विकास अधिकारी द्वारा सन्पन्न हों। सत्यापक साक्षी को अपने हस्ताक्षर के अन्तर्गत निम्न घोषणा करनी चाहिए, श्री/श्रीमती .....

पुत्र/पुत्री श्री ..... और श्री .....

की पत्नी/विधवा ने अपने अंगूठे का निशान मेरे समक्ष इसके सार को समझने के बाद लगाया है।

- (5) यदि हमारे रिकार्ड के अनुसार पॉलिसी के अंतर्गत दिनांक ..... का देय अंतिम प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है, हमने पूर्वानुमान के आधार पर कार्यवाही की है कि वह अदा है और उस आधार पर दावा राशि की गणना की। यदि वह राशि पहले ही भरी गई है तो वह राशि दावा राशि के साथ लौटाई जाएगी। यदि प्रीमियम का भुगतान पहले ही किया गया है तो उसका पता लगाने के लिए कृपया कार्यलय वा बैंक का नाम बनाए जहां वह करवाया था और उसके लिए जारी जम्परसीद की तिथि एवं संख्या बनाएं।

- (6) यदि दावेदार बीमेदार नहीं हैं तो उसके हस्ताक्षर को टिप्पणी (4) में उल्लिखित किसी एक अधिकारी से सत्यापित करना चाहिए। यदि अंतर्लिखित विमुक्ति एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित

है और भुगतान उनमें से किसी एक की करना है तो निम्न प्रधिकार पत्र को चिथित करना चाहिए और सभी लोगों के द्वारा दण्डाधिकारी, या विशेष कार्यकारी दण्डाधिकारी वा राजपरपत्रित अधिकारी वा खण्डविकास अधिकारी वा निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी वा निगम की 5 वर्ष की सेवा वाले विकास अधिकारी वगैरों की यह निस्पादकों की पहचान के बाद में आवश्यक हो, के समक्ष हस्ताक्षर करने चाहिए।

स्थान ..... दिनांक ..... कृपया विमुक्ति प्रपत्र भेजने के पहले पॉलिसी की जांच करें।