



भारतीय जीवन बीमा निगम

मास्टर पॉलिसी धारक द्वारा सदस्य की मृत्यु पर जी.एस.एल.आई. योजना के तहत दावे हेतु पूर्ण किया जावे।

1. मास्टर पॉलिसी धारक का नाम
2. मास्टर पॉलिसी क्रमांक जी.एस.एल.आई. प्रारंभ तिथि
3. मृतक सदस्य का पूर्ण नाम
4. कर्मचारी संख्या / सूची अनुसार सरल क्रमांक
5. जन्म तिथि
6. सेवा में प्रविष्ट की तिथि
7. योजना में प्रविष्टि की तिथि
8. वर्ग/वेतन वर्ग
9. मृत्यु तिथि
10. मृत्यु तिथि पर जीवन बीमा जोखिम राशि
11. मासिक अंशदान की राशि
 - अ. जोखिम अंशदान राशि
 - ब. बचत अंशदान राशि
12. सदस्यता अवधि के दौरान मासिक अंशदान
में परिवर्तन तथा परिवर्तित अंशदान एवं दिनांक
13. अंतिम मासिक अंशदान की राशि
14. अंतिम मासिक अंशदान भुगतान की देय तिथि दिनांक माह वर्ष
15. निगम में जमा किये गये अंतिम मासिक
अंशदान की तिथि दिनांक माह वर्ष
16. यदि कोई गेप प्रीमियम हो तो
तो विवरण देवे
17. मृत्यु का कारण
18. मृत्यु प्रमाण पत्र का स्वरूप (कृपया पंजीकृत
मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल प्रति संलग्न करें)
19. सदस्य मृत्यु तिथि पर सेवारत था
20. नामांकित व्यक्ति का नाम एवं
सदस्य से संबंध

योजना में सम्मिलित होने के 3 वर्षों के भीतर यदि मृत्यु हुई है तो अतिरिक्त सूचना

अ. यदि सदस्य योजना में सम्मिलित होने की तिथि पर अनुपस्थित था तो -

अवकाश का पूर्ण विवरण देवें

अनुपस्थिति की अवधि

अनुपस्थिति का कारण

नियोक्ता द्वारा अनुपस्थिति को क्या माना गया

ब. यदि सदस्य के अंशदान को योजना के

मासिक रेमिटेंस के प्रथम माह में शामिल

किया तो राशि एवं निगम में जमा

करने की तिथि

स. हस्ताक्षरित सक्षम अधिकारी द्वारा घोषणा की तिथि

द. वेतन भुगतान दिन पर सदस्य जीवित था

तथा जी.एस.एल.आई. हेतु प्रथम प्रीमियम

नियोक्ता द्वारा उसके वेतन से कटौती किया गया

हम अधोहस्ताक्षरित घोषणा करते हैं कि उपरोक्तानुसार दी गयी जानकारी मृतक सदस्य के संदर्भ में समग्र सत्य है। जी.एस.एल.आई. योजना के नियमों एवं शर्तों के तहत उक्त सदस्य लाभ हेतु अर्हत है।

स्थान :

दिनांक :

गवाह

हस्ताक्षर

नाम

पता

.....

.....

मास्टर पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

कार्यालय मुहर



Life Insurance Corporation of India

Form No. K-293

Master Policy No. _____

I/We

do here by acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of Rupees
..... in full satisfaction and discharge of all my/our claims and demands under
the above Policy towards MATURITY / DEATH CLAIM / SURRENDER VALUE in respect of Assurance effected
on the following life / lives.

M.S. No.	Name	Date of Appointment	Date of Resignation/ Death	Total REAP Rs.	Intt. Rs.	OYRG T.A. Refund Rs.	Total Rs.

Prepared by

Checked by

Dated at this day of 200....

Signed by above named party or parties in presence of

1 Re Revenue/stamp

Witness

Designation

Address

SIGNATURE IN FULL

