



(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित) सूचना सं.  
 (Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956) INT. No.

विमुक्ति  
 Discharge of  
 बीमेदार  
 Life of  
 मैं/हम  
 I/We

पॉलिसी सं.  
 Policy No.  
 कें जीवन पर विद्यमानता दिनांक/परिपक्व/देय तिथि  
 SB/maturing/due on

दिनांक  
 dt.

बीमेदार/अभ्यर्थी/न्यासी  
 the Life assured/assignment(e)/Trustee  
 एतद्वारा  
 do hereby

भारतीय जीवन बीमा निगम से सकल दावे के रूप में प्राप्ति स्वीकार करता हूँ/करते हैं  
 acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of  
 रुपये (शब्दों में)  
 Rupees (in words)

जो उपरोक्त पॉलिसी के अंतर्गत सविदा की शर्तों के अनुसार निम्न भुगतानों के संबंधों में मेरे/हमारे दावों  
 the gross amount of claim, in full satisfaction of all my/our claims and demands in respect of the  
 एवं मार्गों की पूर्ण तुष्टी है।  
 following payments under the above policy in terms of the policy contract.

I/We hereby declare that I/We have not served on any Office of the Life Insurance Corporation of India any notice of assignment or  
 reassignment in respect of the above POLICY/IES except those, if any, already registered by the Life Insurance Corporation of India of  
 the Insurer who issued the above POLICY/IES not shall I/We serve on any office of the said Corporation any notice of assignment of VB  
 reassignment before payment of the survival benefit/Maturity claim under the policy due on.....  
 I/We have not Dealt with Policy in any other way.

एतद्वारा पॉलिसी उक्त निगम को निरस्त/पूछांकन हेतु भेजी जाती है,  
 Policy is hereby delivered to the said Corporation for cancellation/endorsement.

दिनांक स्थान  
 Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ माह \_\_\_\_\_ दिनांक  
 हस्ताक्षरित श्री/श्रीमती  
 Signed by Shri/Smt. \_\_\_\_\_  
 की उपस्थिति में  
 In the presence of \_\_\_\_\_  
 साक्षी के हस्ताक्षर  
 Signature of witness \_\_\_\_\_  
 साक्षी का विवरण  
 Particulars of witness \_\_\_\_\_  
 पूरा नाम  
 Full Name \_\_\_\_\_  
 पद  
 Designation \_\_\_\_\_  
 पता  
 Address \_\_\_\_\_  
 मोबाइल  
 Mobile \_\_\_\_\_

20  
 20

राजस्व टिकट  
 Revenue  
 Stamp of  
 Ra. 1.00

(दावेदार/दावेदारों के पूरे और संक्षेप में हस्ताक्षर अंग्रेजी/  
 प्रादेशिक भाषा में)  
 (Signature of the claimant/s full & short in  
 English/Emacular)  
 पता/Address.....  
 दूरभाष/Phone.....  
 मोबाइल/Mobile.....  
 ईमेल/E-mail.....

**NOTES:** (1) Payment will be made by an Account Payee Not Negotiable Cheque/NEFT. If Payment is made by M.O. or a demand draft, it can be made at the claimants 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 aforesaid 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 claim amount.

(Signature of the Claimants)

- (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) Literate claimants must affix their thumb impressions which should be attested by a Magistrate or Special Executive Magistrate or a Gazetted Officer or a Block Development Officer, or a Class-1 Officer of the L.I.C., or a Development Officer of the LIC with at least five year's service. The attesting Signature/Shri/Smt. \_\_\_\_\_ son/daughter of Shri \_\_\_\_\_ and 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 remains unpaid and have calculated the claim amount on that 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 the name of the office or Bank where it was paid and the date and number of the deposit receipt issued thereat.

- (6) Signature/s of the claimants 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 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 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 at least five year's service, provided he is fully satisfied about the identity of the executants -

Place \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

मैं/हम एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करते और अनुरोध करते हैं कि वह अनाधिकृत राशि रु. \_\_\_\_\_ श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को अदा करे।

I/We hereby authorize and request the LIC of India to pay the within to pay the within mentioned amount of Rs. \_\_\_\_\_ to Shri/Smt. \_\_\_\_\_

को उपस्थित के अंतर्गत/निर्वाह

पार्षदों द्वारा हस्ताक्षरित  
Signed by the parties within  
mentioned in the presence of

साक्षी:  
हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_  
पूरा नाम \_\_\_\_\_  
Full Name: \_\_\_\_\_  
पद \_\_\_\_\_  
Designation: \_\_\_\_\_  
पता \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

(समूची हस्ताक्षर)  
(Signature in full)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह प्राधिकारी पत्र मेरे श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को सम्झा दिया जा और यह/वे प्राधिकृत पार्टी श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को भुगतान करने के लिए मैं सहमत हूँ।  
I certify that the contents of this Note of Authority were explained by me to Shri/Smt. \_\_\_\_\_ and he/she/they have agreed to payment being made of Shri/Smt. \_\_\_\_\_ the authorized party.

(साक्षी का हस्ताक्षर)  
(Signature of the witness) as per note (4)

दिनांक (1) भुगतान अंतर्गत अनाधिकृत चेक / एनएफटी द्वारा किया जाएगा। यदि भुगतान मनीऑर्डर या डिमांड ड्राफ्ट द्वारा अंशुकृत है तो निम्न अनुरोध पत्र उसके हस्ताक्षर करने पर दावेदार के खर्च पर और उसके जोखिम और जिम्मेदारी पर किया जा सकता है। मैं/हम एतद्वारा निगम को प्रकृत राशि मनीऑर्डर/दिमांड ड्राफ्ट

रु. \_\_\_\_\_ मेरी/हमारी अपनी जोखिम और जिम्मेदारी पर करने का अनुरोध करता हूँ/करते हैं। मैं/हम अनाधिकृत कमीशन/बैंक प्रचार चार्ज भी सहित मैं ही काहने के लिए सहमत हूँ/हैं।

दावेदारों का हस्ताक्षर

- (2) विमुक्ति बीमेदार द्वारा हस्ताक्षरित एक विश्वसनीय व्यक्ति द्वारा जो इस वन की भाषा से सजा बीमेदार से तद्विहित है, सत्यापित होना चाहिए।
- (3) यदि एक से अधिक व्यक्तियों ने विमुक्ति प्रकृत का हस्ताक्षर किया है, तो सभी व्यक्तियों को नामों का उल्लेख करना चाहिए।
- (4) अनपढ़ दावेदारों को अपने आंगूठों के निशान लगाने चाहिए, जो सहायिकाओं या विशेष कार्यकारी अधिकारियों या सहायक-अधिकारियों या उच्च विकास अधिकारियों या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारियों या निगम की 5 वर्गों की सेवा करते विकास अधिकारियों या भारतीय जीवन बीमा निगम का-अधिकारियों (सहायक प्रबंधक का सरपंच या इस से उच्च) द्वारा सत्यापित हो। सत्यापक तब ही को अपने हस्ताक्षर के अंतर्गत निगम घोषणा करनी चाहिए। श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ पुरुष/पुत्री \_\_\_\_\_ श्री \_\_\_\_\_ और श्री \_\_\_\_\_ कंपनी/कंपिया ने अपने आंगूठों का निशान मेरे समक्ष इसके स्तर को समझने के पद लगाया है।
- (5) यदि हमारे रिकॉर्ड के अनुसार बीमितियों के अंतर्गत दिनांक का देय जीवन बीमितियों का भुगतान नहीं किया गया है, हमने पूर्वोक्तन से अनुरोध पर कार्यवाही की है कि वह अपना है और उस स्थान या दाता राशि को भुगतान करे। यदि वह सारे पहले ही भरी गई है तो यह राशि उदा राशि से सख्त लौटाई जाएगी। यदि प्रीमियम का भुगतान पहले ही किया गया है तो उसका पता लगाने के लिए कृपया कार्यालय का बताना नाम बताएं जहाँ वह भरा गया था और इसके लिए जारी प्रेष रसीद को तब तक हमें सजा बहार।
- (6) यदि दावेदार बीमेदार नहीं है तो उसके हस्ताक्षर को दिनांक (4) में उल्लिखित किसी एक अधिकारियों ने सत्यापित करना चाहिए।

यदि अंतर्लिखित विमुक्ति एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित है और भुगतान उभरने से किसी एक को करना है तो निम्न प्राधिकारी पत्र को विधिवत करना चाहिए और सभी लोगों के द्वारा सत्यापितों या विशेष कार्यकारी सहायिकाओं या सहायक-अधिकारियों या उच्च विकास अधिकारियों या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारियों या निगम की 5 वर्गों की सेवा करते विकास अधिकारियों बताने कि वह निमात्रकों को पदचान के बारे में अहतरमत हो, कि सजा हस्ताक्षर करने चाहिए।