



(जीवन बीमा निगम अधिनियम, १९५६ द्वारा संस्थापित Established by the Life Insurance Corporation Act., 1956

बम्बई मण्डल कार्यालय, Bombay Divisional Office,

(समूह एवं अधिवार्षिता योजना विभाग Group & Superannuation Scheme Dept.)

**भाग Part :1**

**दावेदार एवं नियोक्ता के विवरण CLAIMANT'S AND EMPLOYER'S STATEMENT**

समूह उपदान एवं अधिवार्षिता योजनाओं के मामले में मास्टर पालिसीधारक यथा योजना के न्यासियों द्वारा और अन्य समूह बीमा योजनाओं ..... के मामले में नियोक्ता द्वारा पूर्ण किया जाए।

To be completed by the master policyholder i.e. by trustees of the scheme in case of Group Gratuity & Superannuation Schemes and by the Employer in case of other Group insurance schemes.....

- 1 योजना का नाम Name of the scheme \_\_\_\_\_
- 2 मास्टर पालिसी सं. Master Policy No. \_\_\_\_\_
- 3 मास्टर पालिसीधारक का पूरा पता Full-  
Address of the Master policyholder \_\_\_\_\_

---

- 4 मृत सदस्य का पूरा नाम \_\_\_\_\_ जीवन बीमा निगम क्रम सं. \_\_\_\_\_  
Full Name of the deceased member L. I. C. Sr. No.
- 5 सदस्य की योजना में प्रविष्टि तिथि \_\_\_\_\_  
Date of entry into into scheme by  
Member
- 6 सदस्य की मृत्यु की तिथि \_\_\_\_\_  
Date of death of the Member
- 7 सदस्य की मृत्यु का कारण \_\_\_\_\_  
Cause of death of Member
- 8 क्या सदस्य मृत्यु की तिथि पर नियोक्ता की  
सेवा में था ? हां / नहीं  
Was the Member in the service of YES / NO  
the employer on the date of Death?

9 हम एतद्वारा घोषित करते हैं कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर हर तरह से सत्य हैं।

We hereby declare that the answers to all the above questions are true in every respect.

हम We enclose \_\_\_\_\_ मूल रूप में  
सदस्य की मृत्यु के प्रमाण में संलग्न करते हैं। (प्रमाण का स्वरूप Nature of Proof) in original  
in proof of death of the member

स्थान Place: \_\_\_\_\_

दिनांक Date : \_\_\_\_\_

(मास्टर पालिसीधारक का हस्ताक्षर)

(Signature of Master Policy holder)

**भाग Part :II**  
**नियोक्त के विवरण EMPLOYER'S STATEMENT**

नियोक्त द्वारा पूर्ण किया जाए, जहां सदस्य की मृत्यु के पूर्व तीन वर्षों के बीच पृथक स्वास्थ्य प्रमाण नहीं प्राप्त किया गया।

To be completed by the employer in a case where no individual evidence of health was obtained during three years prior to death of the member.

1 मृत सदस्य का पूरा नाम और जी. बी. नि. क्रम सं. \_\_\_\_\_

Full name of the deceased  
Member Lic. Sr. No.

2 सेवा अभिलेख के अनुसार जन्म तिथि \_\_\_\_\_  
Date of Birth as per service records

3 सेवा में प्रविष्टि की तिथि Date of entry in the Service \_\_\_\_\_

4 मृत्यु के पूर्व किए गए कार्योंकी अंतिम तिथि \_\_\_\_\_  
Date last attended duties prior to death

5 मृत्यु का तिथि Date of Death : \_\_\_\_\_

6 मृत्यु का कारण Cause of death : \_\_\_\_\_

7 मृत्यु स्थान Place of death: \_\_\_\_\_

8 क्या सदस्य मृत्यु की तिथि पर नियोक्त की सेवा में था हां / नहीं  
Was the member in the service of the YES / NO  
employer on the date of death?

9 कृपया नीचे अंतिम तीन वर्षों के बीच मृत्यु के पूर्व सदस्य द्वारा कार्य से अनुपस्थित रहने का अभिलेख दें।

Please give below the record of absences from duty by the member during the last three years prior to death

अवधि Period		अवशक का स्वरूप Nature of leave	आवेदन पत्र में लिखा गया कारण Reason as stated in Application form	अवकाश के बाद कार्यग्रहण करने की तिथि Date of resumption of duty after leave
से From	तक To			

कृपया लिखें कि क्या स्वास्थ्य के आधार पर अवकाश के मामले में चिकित्सक का प्रणाम पत्र प्रस्तुत किया गया था।  
Please state whether Doctor's Certificate was submitted in case of leave on grounds of health.  
कृपया सही तिथियां बताएं यथा दिनांक माह एवं वर्ष. Please give exact dates i.e. Date Month & Year.

हम एतद्वारा घोषित करते हैं कि उपरोक्त सभी प्रश्नों के उत्तर हर तरह से सत्य हैं।

We hereby declare that the answers to all the above questions are true in every respect

स्थान Place :

दिनांक Date :

कार्यालय मोहर

(नियोक्त का हस्ताक्षर Signature of the employer)

Office Seal