



भारतीय जीवन बीमा निगम, मण्डल कार्यालय - III, नई दिल्ली
L.I.C. OF INDIA, DIVISIONAL OFFICE - III, NEW DELHI

Form No. 5180/3825 (Mty/SB)

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

सूचना सं.
INT. No.

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

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

दिनांक
dt.

बीमेदार/अभ्यर्थी/न्यासी
the Life assured/assignee(s)/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
Rupees

जो उपरोक्त पॉलिसी के अंतर्गत संविदा 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 मांगों 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
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

दिनांक
this

माह
day of

20
20

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 full & short in
English/Vernacular)

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 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 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) Illiterate 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 Corporation, or a Development Officer of the L.I.C. with at least Five year's service. The attesting witness must make the following declaration under his / her 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 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 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 एतद्द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करते और अनुरोध करते हैं कि वह अन्तर्लिखित राशि रु. _____ श्री/श्रीमती _____ को अदा करें।

I/We hereby authorise and request the L.I.C. of India to pay the within mentioned amount of Rs. _____ to Shri/Smt. _____

को उपस्थिति में अन्तर्लिखित पार्टियों द्वारा हस्ताक्षरित
 Signed by the parties within mentioned in the presence of

साक्षी
 Witness : _____
 हस्ताक्षर
 Signature : _____
 पूरा नाम
 Full Name : _____
 पद
 Designation : _____
 पता
 Address : _____

(सम्पूर्ण हस्ताक्षर)
 (प्राधिकारी की कार्यालयीन मोहर)
 (Signature in full)
 (Official Seal of the Authority)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह प्राधिकार पत्र मैंने श्री/श्रीमती _____ को समझा दिया था और यह/वे प्राधिकृत पार्टी श्री/श्रीमती _____ को भुगतान करने के पक्ष में सहमत है।
 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 to Shri/Smt. _____ the authorised party.

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

टिप्पणी (1) भुगतान आदाता खाता अधिविषय बैंक/एनईएफटी द्वारा किया जायेगा। यदि भुगतान मनीऑर्डर या डिमांड ड्राफ्ट द्वारा अपेक्षित है तो निम्न अनुरोध पत्र उत्तरे हस्ताक्षर करने पर दावेदार के खर्च पर और उसकी जोखिम और जिम्मेदारी पर किया जा सकता है। मैं/हम एतद्द्वारा निगम से उक्त राशि मनीऑर्डर/डिमांड ड्राफ्ट _____ बैंक पर _____ नेत्री/हमारी अपनी जोखिम और जिम्मेदारी पर करने का अनुरोध करता हूँ/करती हूँ। मैं/हम मनीऑर्डर कमीशन/बैंक प्रभार दावे की राशि में से काटने के लिए सहमत हूँ/हैं।

दावेदारों का हस्ताक्षर

- (2) विमुक्ति बीमेदार द्वारा हस्ताक्षरित एवं विधेयनीय व्यक्ति द्वारा जो इस कार्य की भाषा से तथा बीमेदार से परिचित है, साक्षर/अक्षर होना चाहिए।
 (3) यदि एक से अधिक व्यक्तियों ने विमुक्ति प्रपत्र पर हस्ताक्षर किए हैं, तो सभी व्यक्तियों के नामों का उल्लेख करना चाहिए।
 (4) अनपढ़ दावेदारों को अपने अंगूठे के निशान लगाने चाहिए, जो दण्डाधिकारी या विशेष कार्यकारी अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम की 5 वर्षों की सेवा सहित विकास अधिकारी या भारतीय जीवन बीमा निगम का अधिकर्ता (गण्य प्रबन्धक का सदस्य या इस से उच्च) द्वारा सत्यापित हो। सत्यापक साक्षी को अपने हस्ताक्षर के अंतर्गत निम्न घोषणा करनी चाहिए।
 श्री/श्रीमति _____ 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 अतिम प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है, हमने पूर्वानुमान के आधार पर कार्यवाही की है कि वह अदत्त 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 उत्तम पता लगाने के लिए कृपया कार्यालय या बैंक का नाम बताएं जहां वह भरा गया था और उसके लिए जारी जना राशि की लिपि एवं संख्या बताएं।
 (6) यदि दावेदार बीमेदार नहीं है तो उसके हस्ताक्षर को टिप्पणी (4) में उल्लिखित किसी एक अधिकारी से सत्यापित कराना चाहिए।

यदि अन्तर्लिखित विमुक्ति एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित है और भुगतान उनमें से किसी एक को करना है तो निम्न प्राधिकारी पत्र को विधेयत भरना चाहिए और सभी लोगों के द्वारा दण्डाधिकारी, या विशेष कार्यकारी दण्डाधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम की 5 वर्षों की सेवा वाले विकास अधिकारी बरातें कि वह निम्नकारकों को पहचान के बारे में आरबन्ध हो, के समक्ष हस्ताक्षर करने चाहिए।