



I (29)

ANNEXURE - 1

भारतीय जीवन बीमा निगम
Life Insurance Corporation of India
DIVISIONAL OFFICE, PATNA

मंडल कार्यालय - पटना
समूह बीमा योजना अर्न्तगत जनश्री बीमा योजना
GROUP INSURANCE SCHEME UNDER JANASHREE BIMA YOJANA
जी० आई०/जनश्री बीमा योजना मास्टर पॉलिसी नं० / M. P. NO. GI JBY

CLAIM FORM / दावा पत्र

PART A : (To be completed by the beneficiary)

लाभार्थी द्वारा भरा जाना है

- 1) Name and Address of the deceased member :
मृतक का नाम एवं पता :
- 2) Name and Address of Nodal Agency :
नोडल एजेंसी का नाम एवं पता :
- 3) Membership No. सदस्यता संख्या :
- 4) Date of Entry into the Scheme :
योजना में शामिल होने की तिथि :
- 5) Name of Father/Husband :
पिता/पति का नाम :
- 6) a) Date of death (b) Age at death
मृत्यु की तिथि मृत्यु के समय आयु
- 7) a) Place of death (b) Cause of death
मृत्यु का स्थान मृत्यु का कारण
- 8) Name of Nominee :
नामित का नाम :
- 9) Full address of nominee :
नामित का पूरा पता :
- 10) Relationship with member :
सदस्य के सम्बन्ध :
- 11) Name and Address of Bank and S.B. A/c No. :
बैंक का नाम, पता एवं खाता नं० :

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

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त प्रश्नों के उत्तर हर प्रकार से सत्य है।

Witness of (Signature)

(Signature of beneficiary)

साक्षी का हस्ताक्षर लाभार्थी का हस्ताक्षर

Name (नाम) :

Place (स्थान) :

Address (पता) :

Date (दिनांक) :

PART B : (To be completed by the Nodal Agency)

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त प्रश्नों के उत्तर हर प्रकार से सही है। नामित व्यक्ति को नोमिनेशन रजिस्टर में दर्ज किया गया
Certified that the replies to the above questions are correct in every respect. Nominee named always is registered
in the Register of nominations at serial No.

(Signature हस्ताक्षर)