



भारतीय जीवन बीमा निगम

परिशिष्ट - V

आम आदमी बीमा योजना

मास्टर पालिसी संख्या आ0आ0बी0यो0 / /

**दावा प्रपत्र**  
**(Claim Form)**

**भाग-अ** (लाभार्थी द्वारा पूर्ण किया जाना है)

1. मृतक सदस्य का नाम व पता :
2. नोडल एजेंसी का नाम व पता :
3. सदस्यता संख्या :
4. योजना में प्रवेश की तिथि :
5. पिता/पति का नाम :
6. (अ) मृत्यु की तिथि : (ब) मृत्यु की तिथि पर आयु :
7. (अ) मृत्यु का स्थान : (ब) मृत्यु का कारण :
8. नामित व्यक्ति का नाम :
9. नामित व्यक्ति का पूर्ण पता :
10. बीमित सदस्य के साथ सम्बन्ध :
11. बैंक का नाम व पता और बचत बैंक खाता संख्या

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर पूर्ण रूपेण सत्य हैं।

(लाभार्थी के हस्ताक्षर)

साक्षी : हस्ताक्षर

नाम : .....

स्थान : .....

पता : .....

तिथि : .....

**भाग-ब :** (नोडल एजेंसी द्वारा पूर्ण किया जाना है)

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर पूर्ण रूपेण सही हैं। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि मृतक जिला ..... राज्य ..... का निवासी था, जिसकी उम्र 18 से 59 वर्ष की, थी और आम आदमी बीमा योजना का सदस्य था। प्रमाणित है कि लाभार्थी का विवरण सत्यापित है।

मोहर

नोडल एजेंसी / मास्टर पालिसी धारक  
के अधिकृत हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर

**भाग-स :**

### प्राप्ति रसीद

हम ..... एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम से उपरोक्त मास्टर पालिसी के अन्तर्गत सदस्य के जीवन पर देय सभी दावों के पूर्ण, संतोषप्रद एवं अन्तिम रूप से रू० ..... (शब्दों में ..... ) की प्राप्ति की अभिस्वीकृति देते हैं।

दिनांकित स्थान ..... दिवस ..... माह ..... सन् 20.....

मोहर

रसीदी टिकट  
नोडल एजेंसी / मास्टर पालिसी धारक  
के अधिकृत हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर

**भाग-द :**

कृपया दावा राशि का भुगतान लाभार्थी के बचत बैंक खाता संख्या ..... में जमा करने हेतु चेक द्वारा बैंक को प्रेषित करें।

बैंक का नाम एवं पता .....

मोहर

नोडल एजेंसी / मास्टर पालिसी धारक  
के अधिकृत हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर