

CLAIM FORM FOR GROUP GRATUITY CASH ACCUMULATION SCHEME

Master Policy No.: 103004190

1. Name of the Scheme :
 2. Address :
 3. Member's Name :
 4. LIC ID No. :
 5. Date of Birth :
 6. Date of Appointment :
 7. Date of Exit :
 8. Nature of Exit (Resign./Retirement./Death) :
 9. Salary as on the date of exit :
 10. Service Rendered :
 11. GRATUITY Payable (col. 9 * Gratuity Rate * Salary) :
 12. Risk Sum assured (Refer Schedule)* :
 13. Total Claim amount (Column 10 or Column 10 + 11) :
- * For Death Case only

EMP NO.:

Retirement Age :

Gratuity Rate :

Gratuity Ceiling :

In case of death, please furnish the following information

1. Cause of Death :
2. Place of Death :
3. Date of last attended duties prior to death :
4. Was the member in the service of the employer on the date of death? Yes / No
5. Original Death Certificate / Attested Death Extract: Enclosed / Not Enclosed.
6. Leave Record for last three years.

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

Date:

Signature of the Authorised Signatory

Place:

Seal



Life Insurance Corporation of India

P&GS Unit, Delhi Divisional Office – I

FORM OF DISCHARGE FOR PAYMENT OF BENEFITS IN ONE LUMP SUM UNDER

MASTER POLICY NO. : 103004190

I, one of the Trustees of _____
acknowledge the receipt from the Life Insurance Corporation of India of the
sum of Rs. _____/-

Rupees _____)

In full satisfaction and discharge of all my claims and demands under the Master
Policy under reference towards surrender (Withdrawal Benefits) / Death / Maturity
Claims in respect of the assurance effected on the life / lives of the following member / s:

LIC ID NO.	NAME	Withdrawal / Death / Maturity Benefits
------------	------	--

Dated at _____ this _____ day of _____ 200

Witness:

Signature:

Name :

Designation :

Address :

Signature over

Re.1

Revenue Stamp

Affix Trust Seal

भाग Part : II
नियोक्ता के विवरण EMPLOYER'S STATEMENT

नियोक्ता द्वारा पूर्ण किया जाए, जहाँ सदस्य की मृत्यु के पूर्व तीन वर्षों के बीच पृथक् स्वास्थ्य प्रमाण नहीं प्राप्त किया ग
To be completed by the employer in a case where no individual evidence of health was obtained
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 कार्यों की 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 नियोक्ता की सेवा में था

Was the member in the service of the employer on the date of death ?

हां/नहीं
YES/NO

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

अवधि Period		अवकाश का स्वरूप Nature of Leave	आवेदन पत्र में लिखा गया कारण Reason as stated in Application Form	अवकाश के बाद कार्यग्रहण Date of resumption of duty
से From	तक To			

कृपया लिखें कि क्या स्वास्थ्य के आधार पर अवकाश के मामले में चिकित्सक का प्रमाण 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



भारतीय जीवन बीमा निगम

Life Insurance Corporation of India

दाया पत्र जीबी/CLAIM FORM -GB

प्रादेशिक केन्द्र/Regional Centre _____ मंडल कार्यालय/Divisional Office _____

मास्टर पालिसी सं०/Master Policy No _____

दावेदार और कर्मचारियों का विवरण / PART-I : CLAIMANT'S AND EMPLOYER'S STATEMENT

भाग-I : दावेदारों का विवरण/PART-I CLAIMANT'S STATEMENT

(मास्टर पालिसी धारकों के द्वारा पूर्ण किया जाए जैसे सेवा एवं सेवानिवृत्ति योजना में विचार करके योजना के ट्रस्टी द्वारा और अन्य समूह बीमा योजनाओं में विचार कर्मचारी द्वारा)

(To be completed by the Master Policy holder i.e. by Trustees of the Scheme in case of Group Gratuity & Superannuation Scheme and by the Employer in case of other Group Insurance Scheme)

1. (i) योजना का नाम
Name of the Scheme
- (ii) मास्टर पालिसी सं०
Master Policy No.
- (iii) मास्टर पालिसी धारक का पूरा नाम व पता
Full Name and address of the Master Policy holder
2. (i) मृतक सदस्य का पूरा नाम
Full name of the deceased Member
- (ii) सदस्यता संख्या
Membership No.
3. (i) सदस्य द्वारा योजना में प्रवेश पाने की तिथि
Date of entry into the Scheme by the deceased Member
- (ii) सदस्य की मृत्यु दिनांक
Date of death of Member
- (iii) सदस्य की मृत्यु का कारण
Cause of death of Member

हम घोषणा करते हैं कि उपरोक्त प्रश्नों के उत्तर प्रत्येक संबंध में सत्य हैं।

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

सदस्य की मृत्यु का वास्तविक प्रमाण * संलग्न है।

We enclose *in original in proof of death of the Member.

स्थान : _____

Place : _____

दिनांक : _____

Date : _____

(मास्टर पालिसी धारक के हस्ताक्षर)
(Signature of Master Policy holder)

मोहर
Seal

* कृपया निश्चित प्रमाण का स्वरूप प्रस्तुत किया जाए और हमें म्यूनििसिपल संस्था द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण चाहिए।