



भारतीय आयुर्विमा महामंडळ
भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

पुणे मण्डल कार्यालय - I, PUNE DIVISIONAL OFFICE - I

समर्पण मूल्य हेतु प्राप्ति प्रपत्र, पालिसी सं., _____ FORM OF RECEIPT FOR THE SURRENDER VALUE
OF POLICY NO. _____ On the life of _____

के जीवन पर रु. For Rs. _____ हेतु दिनांकित Dated _____

मैं / हम एतद्द्वारा घोषित करता हूँ / करते हैं कि मैंने / हमने उपरोक्त पालिसी / पालिसीयों के सम्बन्ध में भारतीय जीवन बीमा निगम के किसी कार्यालय को अभ्यर्पण या पुनर्अभ्यर्पण की कोई सूचना नहीं दी है, सिवाय उसके यदि कोई जो भारतीय जीवन बीमा निगम अथवा उपरोक्त पालिसी / पालिसीयों को जारी करने वाले बीमाकर्ता द्वारा पंजीकृत है और न तो मैं / हम पालिसी के अंतर्गत दिनांक _____ को देय ऋण मूल्य / समर्पण मूल्य / विद्यमानता हितलाभ के भुगतान के पूर्व उक्त नियम के किसी अंतर्गत को अभ्यर्पण अथवा पुनर्अभ्यर्पण की कोई सूचना दूँगा / दूँगी मैंने पालिसी का किसी अन्य रूप में उपयोग नहीं किया है।

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 / POLICIES except those if any already registered by the Life Insurance Corporation of India or the insurer who issued the above POLICY / POLICIES nor shall I / We serve on any office of the said Corporation, any notice or assignment or reassignment before payment of the Loan Value / Surrender Value or survival benefit due on _____ I have not dealt with policy in any other way.

मैं / हम _____ एतद्द्वारा, भारतीय जीवन बीमा निगम से उपरोक्त पालिसी जो कि उक्त नियम को निरस्त करने हेतु दी जाती है की समर्पण मूल्य, बोनस के नगद मूल्य तथा व्यवसाय अतिरिक्त और / या दोहरा दुर्घटना हितलाभ / विस्तारित स्याई अपंगता हितलाभ अतिरिक्त हेतु प्रीमियमों की वापसी सहित रुपये _____ की राशि की प्राप्ति स्विकार करता हूँ/करते हैं दिनांक _____ माहे _____ 20 _____ को मैं साक्षी के समक्ष हस्तांतरीत।

I / We _____ do hereby acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of Rupees : _____

_____ being the Surrender Value including Cash Value of Bonus and premiums refundable on account of occupational extra and / or DAB/EPDB extra of the above mentioned policy, which is herewith delivered up to the said Corporation to be cancelled. In witness whereof these presents are subscribed by me / us.

at _____ on the _____ day of _____ 20 _____
(Name of the place) (Date) (Month)

समर्पण मूल्य (बोनस के नगद मूल्य सहित) SURRENDER VALUE (Inclusive of Cash Value of Bonus)

व्यवसाय अतिरिक्त हेतु प्रीमियम वापसी Premium refundable on account of occupational extra रु. Rs. _____

दोहरे दुर्घटना हितलाभ / विस्तारित स्याई अपंगता हितलाभ अतिरिक्त हेतु प्रीमियम वापसी

Premium refundable on account of D.A.B./E.PDB extra रु. Rs. _____

घटाये / Less :

ऋण Loan रु. Rs. _____

ब्याज Interest रु. Rs. _____

एपीएल ऋण APL Debt रु. Rs. _____

अन्य प्रभार Other Charges (दर्शाएँ to be Specified) रु. Rs. _____

रु. Rs. _____

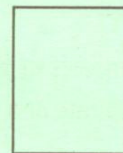
Total Amount Payable रु. Rs. _____

हिंदी जाननेवाली साक्षी HINDI - KNOWING WITNESS

हस्ताक्षर Signature _____

साक्षी का पूरा नाम व पता Full Name & Address of the witness

1 रुपया का
राजस्व टिकट जब
राशी रु. 5000/-
से अधिक



1 Rupee
Revenue
Stamp When
amount
exceeds
Rs. 5000/-

हस्ताक्षर Signature

समर्पण मूल्य की सकल राशि

Gross amount of Surrender Value

जहाँ लागू न हो काट दे

delete where not applicable

टिप्पणी : निरक्षर व्यक्तियों को अपने अंगूठे का निशान लगाना चाहिए जिसकी पहचान साक्षांकन करनेवाले दंडाधिकारी के कार्यालय की मोहर लगाकर या किसी विशेष कार्यकारी दंडाधिकारी, प्रखण्ड विकास अधिकारी अथवा राजपत्रित अधिकारी द्वारा की जानी चाहिये। क्षेत्रीय भाषाओं में किए गए हस्ताक्षरों का प्रतिष्ठित हिंदी जाननेवाले व्यक्तियों के द्वारा साक्षांकित किया जाना चाहिए। साक्षांकित करनेवाले ऐसे साक्षियों दण्डाधिकारी, विशेष कार्यकारी दण्डाधिकारी, प्रखण्ड विकास अधिकारी अथवा राजपत्रित अधिकारी को निम्न घोषणापर हस्ताक्षर करना चाहिए।

Note : Illiterate persons must affix their thumb marks which should be identified by the attesting Magistrate under the