



भारतीय आयुर्विमा महामंडळ  
भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA  
मुंबई विभाग-१ / मुंबई मंडल- I / Mumbai Division - I

संलग्नक - अनुलग्नक - ANNEXURE - 1

प्रपत्र क्र. 3783 (सुधारीत)

दावा प्रपत्र अ फार्म सं. F. No.3783 (Rev.)

(संशो. दावा फार्म ए) CLAIM FORM 'A'

शाखा कार्यालय

Branch Office\_\_\_\_\_

दावेदाराचे कथनपत्र / दावेदार का बयान / CLAIMANT'S STATEMENT

(पॉलिसीच्या रकमेवर कायदेशीर स्वामित्व असणाऱ्या व्यक्तीने भरणे)

(वैधानिक रूप से पॉलिसी धन पाने के हकदार व्यक्ति द्वारा भरा जाए)

(To be filled in by the person legally entitled to the Policy moneys)

(सर्व उत्तरे सुस्पष्टपणे द्यावी. उत्तरे शब्दांत असावी. लेखणीचा बिंदु किंवा रेषा स्वीकारल्या जाणार नाहीत.)

(सभी उत्तर स्पष्ट लिखे जाएँ। उत्तर शब्दों में दिये जाने चाहिए। कलम के निशान, बिन्दु या लकीरे उत्तर रूप में स्वीकार नहीं की जा सकती)

(All answer to be filled in legibly. Answers must be given in words. Strokes of the pen or dots or dashes cannot be accepted as replies)

या आयुष्यावरील

रु. ची पॉलिसी

(मृतकाचे पूर्ण नांव)

क्र. \_\_\_\_\_ च्या संदर्भात.

स्व \_\_\_\_\_ के जीवन पर ली गई \_\_\_\_\_ रु. की बिमा

(मृतक का पूरा नाम लिखे)

राशी की पॉलिसी \_\_\_\_\_ संख्या के दावे के सम्बन्ध में।

In Connection with claim under policy No. \_\_\_\_\_ for Rs. \_\_\_\_\_

on the life of \_\_\_\_\_

(Insert full name of the deceased)

मी वरील पॉलिसी खालील दावेदार पुढीलप्रमाणे विधाने करतो. पॉलिसी के दावेदार के रूप में निम्न विवरण देता हूँ।

I, as the claimant under the policy make the following statement:

1) दावेदारासंबंधी माहिती - दावेदार के विषय में विवरण- Particulars regarding the claimant:

i) दावेदाराचे नाव / दावेदार का नाम / Name of the Claimant \_\_\_\_\_

ii) वय / आयु / Age \_\_\_\_\_ iii) दूरध्वनि क्र. / Tel. No. \_\_\_\_\_

iv) पत्ता / पता / Address \_\_\_\_\_

v) मृत वीमित व्यक्तीशी नाते  
मृत बीमेदार से सम्बन्ध  
Relationship to the deceased life assured \_\_\_\_\_

vi) पॉलिसीच्या रकमेवरील स्वामित्वाचा प्रकार / स्वरूप : नामित, समनुदेशिती, निष्पादक, प्रशासक, विश्वस्त किंवा हितधारक  
स्वामित्व का प्रकार जिसके अंतर्गत पॉलिसी राशि के लिए दावा प्रस्तुत किया गया, अर्थात - नामांकित, अभ्युपेक्षित, निष्पादक, प्रशासक, न्यासी या  
हिताधिकारी

Nature of Title under which the claim for policy money is submitted viz : Nominee, Assignee, Executor, Administrator, Trustee of Beneficiary

2) मृत वीमित व्यक्तिसंबंधी तपशील

मृत बीमेदार के विषय में विवरण Particulars regarding the deceased life assured.

श्री/ श्रीमती Shri/Smt. \_\_\_\_\_

i) वीमित व्यक्तीच्या मृत्यूचे ठिकाण

बीमेदार की मृत्यु का स्थान

Place of death of the life assured \_\_\_\_\_

(P.T.O)

- ii) मृत्यु दिनांक / मृत्यु तिथि / Date of death \_\_\_\_\_  
 मृत्युची निश्चित वेळ / मृत्यु का ठीक समय / Exact time of death \_\_\_\_\_  
 स / दु / रा वाजता प्रातः अपरान्हः A M / P M. \_\_\_\_\_
- iii) मृत्युसमयी वीमित व्यक्तिचे वय  
 मृत्यु के समय बीमेदार की आयु  
 Age of life assured at death \_\_\_\_\_
- iv) अखेरच्या आजारपणाची मुदत  
 अन्तिम बीमारी की अवधि  
 Duration of last illness \_\_\_\_\_
- v) मृत्युचे तात्कालिक कारण  
 मृत्यु होने का तात्कालिक कारण  
 Immediate cause of death \_\_\_\_\_
- vi) वीमित व्यक्तिचा अखेरचा व्यवसाय  
 बीमेदार का अंतिम व्यवसाय  
 Last occupation of the life assured \_\_\_\_\_
- vii) वीमित व्यक्तिचा अखेरचा पत्ता  
 बीमेदार का अंतिम पता  
 Last address of the life assured \_\_\_\_\_
- viii) मृतकाच्या वडिलांचे पूर्ण नांव  
 मृतक के पिता का पूरा नाम  
 Full name of deceased's father \_\_\_\_\_

- 3) मृत व्यक्तिच्या आयुष्यावरील अन्य पॉलिसीची माहिती/मृतक के जीवन पर अन्य पॉलिसीयों के विषय में विवरण  
 Particulars regarding the other Policies on the life of deceased :

पॉलिसी क्र. पॉलिसी सं. Policy No.	वीमित रक्कम बीमा राशि Sum Assured	पॉलिसी देणाऱ्या / सेवा देणाऱ्या कार्यालयाचे नाव / जारी करने वाले कार्यालय तथा सेवा शाखा का नाम Name of issuing Office & Servicing Branch	प्रारंभ दिनांक आरंभ की तिथि Date of Commencement	दुहेरी अपघात लाभ विस्तारीत अपंगत्व लाभ सहित आहे का ? दोहरी दुर्घटना, अथवा विस्तारित अपंगता हितलाभ के साथ Whether with Double Accident or Extended Disability Benefits

- 4) a) तब्येत ठीक नसल्याबद्दलची तक्रार मृत व्यक्तिते प्रथम केव्हा केली होती ?  
 मृतक ने स्वास्थ्य ठीक न होने की सबसे पहले शिकायत कब की थी ?  
 When did the deceased first complain  
 of being not in usual good health? \_\_\_\_\_
- b) त्यावेळेला तक्रार केलेल्या आजारपणाचे स्वरूप  
 उस समय किस तरह की बीमारी की शिकायत हुई।  
 Nature of illness then complained \_\_\_\_\_
- 5) शेवटच्या आजारपणात उपचार करणाऱ्या वैद्यकीय चिकित्सकांची नावे  
 अन्तिम बीमारी के समय चिकित्सा करने वालों के नाम।  
 The names of medical attendants during the last illness \_\_\_\_\_



6. गेल्या तीन वर्षात ज्यांचा सल्ला घेतला, अशा तीन वैद्यकीय चिकित्सकांची नावे आणि पत्ते. प्रत्येक चिकित्सकांच्या नावापुढे सल्ला घेतलेल्या तक्रारीचे स्वरूप आणि त्यांचे दिनांक लिहा.

पिछले तीन वर्षों के अन्दर मृतक ने जिन चिकित्सकों से परामर्श लिया अथवा चिकित्सा कराई हो, उनके नाम और पते तथा प्रत्येक के सामने शिकायत तथा लिए गए परामर्श और उसकी तिथि या तिथियाँ बताए।

Names and addresses of the doctors consulted during the last three years stating against each name the complaint for which he was consulted and the date or dates thereof:

	सल्ला घेतलेले दिनांक सलाह लेने की तिथि या तिथियाँ Date or Dates of consultation	चिकित्सक / रुग्णालये यांची नावे आणि पत्ते चिकित्सकों या अस्पतालों के नाम और पते Name of the Doctor or Hospital and address	तक्रारीचे स्वरूप शिकायत की किस्म Nature of complaint
1.			
2.			
3.			

मी \_\_\_\_\_ ह्या अन्वये घोषित करतो/ते  
की वर केलेली विधाने प्रत्येक बाबतीत खरी आहेत.

मैं \_\_\_\_\_ एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ  
कि ऊपर लिखे हर एक एवं सभी प्रश्नों के उत्तर सभी तरह से सत्य है।

I, \_\_\_\_\_ do hereby declare  
that the statements made herein above are true in each and every respect.

गोपनियतेच्या कारणास्तव एखाद्या व्यक्तीवर उपचार करित असताना वा त्याची परीक्षा घेत असताना एखाद्या वैद्यकीय चिकित्सकांस वा रुग्णालयास अवगत झालेले वा माहिती अन्य कोणाकडेही उघड करण्यासंबंधात प्रचलीत असलेल्या कायदा, परंपरा रीत किंवा पध्दत ह्यांची तरतूद लक्षात घेऊन ही वरील मृत व्यक्तीवर उपचार केलेल्या वा त्यास तपासलेल्या कोणत्याही आजारपणाच्या संदर्भातील मृत व्यक्तीच्या तब्येतीच्या संबंधातील माहिती जी महामंडळाची पॉलिसी देण्याअगोदर वा नंतर वरील चिकित्सक/रुग्णालय ह्यांस अवगत झाली असेल ती महामंडळ त्याची कार्यालये त्याचे कायदेशीर सल्लागार किंवा कोणतेही न्यायालय ह्यांच्यापुढे उघड करण्यास मी अनुज्ञा देत आहे.

किसी भी नियम, प्रचलन, रीति वा रिवाज के किसी प्रावधान के कुछ समय तक जारी रहते हुए किसी भी चिकित्सक या अस्पताल को गोपनियता के आधार पर किसी व्यक्ति की जाँच करने पर प्राप्त हुई जानकारी या सूचना बताने के लिए वर्जित करते हो तो मैं एतद्वारा उस चिकित्सक या अस्पताल को, जिसने उपरोक्त मृत बीमेदार को किसी बीमारी या रोग के लिए जाँचा या उपचार किया, अधिकार देता हूँ कि मृतक के स्वास्थ्य के विषय में जो भी जानकारी या सूचना उनको निगम द्वारा पॉलिसी जारी किये जाने के पहले या बाद में मिली हो, वह निगम, उसके कार्यालयों और विधि सलाहकारों या किसी भी न्यायालय को स्पष्टतया बता दे।

Notwithstanding the provisions of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any physician or Hospital from divulging any knowledge or information acquired by him/them in attending upon or examining a person on the ground of secrecy. I hereby authorise the physician or Hospital who has attended upon or examined or treated the aforesaid deceased life assured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding the deceased state of health which he/they may have acquired whether before or after the Policy was issued by the Corporation, to the Corporation, its offices and legal advisors or in court of law.

स्थान \_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_ वर्ष - 20 माझ्या समक्ष  
\_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ माह - 20 मेरे समक्ष घोषित  
Declare at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 before me.

दावेदाराची स्वाक्षरी / अंगठ्याची निशाणी

दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठे के निशान

Signature / Thumb impression of the claimant \_\_\_\_\_

ठिकाण / स्थान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_  
Declare at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_  
महिना \_\_\_\_\_ वर्ष 20 माझ्या समक्ष  
माह \_\_\_\_\_ 20 में मेरे समक्ष घोषित  
Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_  
Day of \_\_\_\_\_ 20 before me

पूर्ण नाव / पूरा नाम \_\_\_\_\_  
Full Name \_\_\_\_\_  
हुदा / पद Designation \_\_\_\_\_  
पत्ता / पता Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

दूरध्वनी क्र./ Tel. No. \_\_\_\_\_

साक्षीदाराची स्वाक्षरी / साक्षी के हस्ताक्षर.  
Signature of Witness



शेरा : हे विधानपत्र पुढीलप्रमाणे कुणीतरी स्वाक्षरी केलेले पाहीजे (1) वकील (2) महामंडळाचा एजंट (जो विभागीय प्रबंधक संघ किंवा त्याहून वरच्या संघाचा सदस्य असला पाहीजे) (3) बँक मॅनेजर (4) गट विकास अधिकारी (5) शपथ आयुक्त (6) डॉक्टर (7) राजपत्रित अधिकारी (8) माध्यमिक विद्यालयाचा मुख्याध्यापक (9) मुख्य पोस्ट मास्टर किंवा खात्यांतील उप-पोस्ट मास्टर (पण शाखा पोस्ट-मास्टर नव्हे) (10) न्यायाधीश (11) आयुर्विमा महामंडळाचा अधिकारी किंवा किमान 5 वर्षे नोकरी झालेला विकास अधिकारी किंवा विभागीय प्रबंधक किंवा शाखा प्रबंधक ह्यांचा संघाचा सदस्य असल्यास एजंट्समधून निवडलेला आणि कायम झालेला विकास अधिकारी किंवा (12) ग्रामपंचायत किंवा स्थानिक संस्थांचा अध्यक्ष.

टिप्पणी : यह बयान निम्नांकित में किसी एक मे द्वारा प्रति हस्ताक्षरित होना चाहिए (1) अधिवक्ता (2) निगम का अभिकर्ता (जो मण्डल प्रबंधक क्लब या उससे ऊपर के अभिकर्ता क्लब का सदस्य है।) (3) बैंक प्रबंधक (4) प्रखंड विकास अधिकारी (5) शपथ आयुक्त (6) चिकित्सक (7) राजपत्रित अधिकारी (8) उच्च पाठशाला का मुख्याध्यापक (9) मुख्य डाकपाल अथवा विभागीय उप डाकपाल (शाखा डाकपाल नहीं) (10) दण्डाधिकारी (11) निगम का अधिकारी, अथवा अधिक्षक या विकास अधिकारी (जिसने विकास अधिकारी के रूप में कम से कम ५ वर्षों तक सेवा की हो) या, ३ वर्ष के स्थायी या ऐसे अभिकर्ताओं में नियुक्त जो मं.प्र., या क्षे.प्र. या. अध्यक्ष क्लब सदस्यों वि. अ. के रूप नियुक्त होने के पूर्व सदस्य थे। (12) ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय निकाय का अध्यक्ष।

NOTE : This form must be completed before (1) An Advocate (2) An Agent of the Corporation (who is a member of the club at the level of Divisional Manager's Club or above), (3) a Bank Manager, (4) a Block Development Officer, (5) a Commissioner of Oaths, (6) a Doctor, (7) a Gazetted Officer, (8) a Head Master of High School, (9) a Head Post Master or Department Sub-Post Master (but not a Branch Post Master) (10) a Magistrate, (11) an Officer or Development Officer of atleast 5 years standing or confirmed Development Officer recruited from Agents who were Z.M. or Chairman's club member before joining (12) President of a Village Panchayat or Local Board.

जर घोषणाकर्त्याने स्थानिक / अन्य भाषेत स्वाक्षरी केली असेल किंवा अंगठ्याचा ठसा उमटविला असेल तर साक्षीदाराने पुढील घोषणापत्रावरही स्वाक्षरी केली पाहीजे.

यदि घोषणाकर्ता किसी प्रादेशिक भाषा में हस्ताक्षर करता है या अंगूठे का निशान लगाता है तो साक्षी को निम्नलिखित घोषणा पर भी हस्ताक्षर करना चाहिए।

IF THE DECLARANT SIGNS IN VERNACULAR OR AFFIXES THUMB IMPRESSION, THE WITNESS SHOULD ALSO SIGN THE FOLLOWING DECLARATION.

“ प्रमाणित करण्यात येत आहे की ह्या प्रपत्राचा मसुदा घोषणाकर्त्यास स्थानिक भाषेत समजावून देण्यात आला आणि त्याने/तिने त्याची/तिची स्वाक्षरी/ अंगठ्याचा ठसा हा मजकूर पूर्णपणे समजल्यानंतर केली/उमटविला आहे.”

प्रमाणित किया जाता है कि इस फार्म विवरण घोषणाकर्ता को उसके द्वारा समझी जाने वाली भाषा में समझा दिया गया और उसने विवरण को भली भांति समझ लेने के बाद ही यहाँ पर अपने हस्ताक्षर किये हैं। अपना अंगूठा निशान लगाया है।

CERTIFIED THAT THE CONTENTS OF THIS FORM WERE EXPLAINED TO THE DECLARANT OF VERNACULAR AND HE / SHE HAS AFFIXED HIS / HER SIGNATURE / THUMB IMPRESSION HERE TO AFTER FULLY UNDERSTANDING THE SAME.

स्वाक्षरी / हस्ताक्षर / Signature \_\_\_\_\_

पूर्ण नाव / पूरा नाम / Full Name \_\_\_\_\_

हुद्दा / पद / Designation \_\_\_\_\_

पत्ता / पता / Address \_\_\_\_\_

दूरध्वनी / दूरभाष / Tel. No. \_\_\_\_\_

सूचना : ह्या प्रपत्राबाबत कोणताही विवाद उद्भवल्यास इंग्रजी भाषेतील संस्करण ग्राह्य धरले जाईल.

टिप : इस प्रपत्र की कानूनी व्याख्या के लिए अंग्रेजी पाठ ही अंतिम माना जाएगा।

Note : In case of dispute in respect of interpretation of terms the English version shall stand valid.