



भारतीय जीवन बीमा निगम, मण्डल कार्यालय-III, नई दिल्ली Form No. 5180/3825 (Mty/SB)  
**L.I.C. OF INDIA, DIVISIONAL OFFICE - III, NEW DELHI**

(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित) सूचना सं.  
 (Established by the Life Insurance Corporation Act 1956) INT. No.

विमुक्ति  
 Discharge of  
 बीमेदार  
 Life of  
 मैं/हम  
 I/We

पॉलिसी सं.  
 Policy No.  
 के जीवन पर विद्यमानता हितलाभ/परिपक्व/देय तिथि  
 SB/maturing/due on

दिनांक  
 dt.

बीमेदार/अभ्यर्थी/न्यासी  
 the Life assured/assignment(s)/Trustee  
 एतद्द्वारा  
 do hereby

भारतीय जीवन बीमा निगम से सकल दावे के रूप में प्राप्ति स्वीकार करता हूँ/करते हैं  
 acknowledge receipt from the Life Insurance Corporation of India of the sum of  
 रुपये (शब्दों में)  
 Rupees (in words)

जो उपरोक्त पॉलिसी के अंतर्गत संविदा की शर्तों के अनुसार निम्न भुगतानों के संबंधों में मेरे/हमारे दावों  
 the gross amount of claim, in full satisfaction or all my/our claims and demands in respect of the  
 एवं मांगों की पूर्ण तुष्टी है.  
 following payments under the above policy in terms of the policy contract.

I/We hereby declare that I/We have not assigned the above Life Insurance Policy to any one nor have I/We dealt with the same in any manner, except for assignment or reassignment already registered as on date of issue of the Life Insurance Corporation of India or the Insurer who issued the above policy, upon due notice.

I/We hereby further declare that I/We have not served on any office of the Life Insurance Corporation of India any other or further notice of assignment or reassignment in respect of the above policy nor shall I/We serve on any office of the said Corporation any notice of assignment or reassignment before payment of loan/surrender value/survival benefit.

NEFT SB/CA-AC.....Mobile  
 Bank .....IFSC.....

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/IES except those, If any, already registered by the Life Insurance Corporation of India of the Insurer who issued the above POLICY/IES not shall I/We serve on any office of the said Corporation any notice of assignment of VB reassignment before payment of the survival benefit/Maturity claim under the policy due on.....  
 I/We have not Dealt with Policy in any other way.

एतद्द्वारा पालिसी उक्त निगम को निरस्त/पृष्ठांकन हेतु भेजी जाती है,  
 Policy is hereby delivered to the said Corporation for cancellation/endorsement.

दिनांक स्थान  
 Dated at  
 हस्ताक्षरित श्री/श्रीमती  
 Signed by Shri/Smt.  
 की उपस्थिति में  
 in the presence of  
 साक्षी के हस्ताक्षर  
 Signature of witness  
 साक्षी का विवरण  
 Particulars of witness  
 पूरा नाम  
 Full Name  
 पद  
 Designation  
 पता  
 Address  
 मोबाइल  
 Mobile

माह 20  
 day of 20  
 राजस्व टिकट  
 Revenue  
 Stamp of  
 Rs. 1.00  
 (दावेदार/दावेदारों के पूरे और संक्षेप में हस्ताक्षर अंग्रेजी/  
 प्रादेशिक भाषा में)  
 (Signature of the claimant/s full & short in  
 English/VErnacular)  
 पता/Address.....  
 दूरभाष/Phone.....  
 मोबाइल/Mobile.....  
 ईमेल/E-mail.....

NOTES : (1) Payment will be made by an Account Payee Not Negotiable Cheque/NEFT. If Payment is desired by M.O. or a demand draft, it can be made at the claimants cost and at his/her. risk and responsibility, on his/her signing to the following note of request.  
I/We hereby request the Corporation to pay the aforesaid amount by M.O./Demand Draft on the \_\_\_\_\_  
Bank \_\_\_\_\_ at may / our risk and responsibility. I/We further agree to M.O. Commission/Bank charges being deducted from claim amount.

(Signature of the Claimants)

- (2) This discharge must be signed by the Life Assured and witnessed by a credible person who is conversant with the language of this form and knows the life assured.
- (3) If more than one person have signed the discharge form, the names of all the persons should be stated.
- (4) Illiterate claimants must affix their thumb impressions which should be attested by a Magistrate or Special Executive Magistrate or a Gazaltd Officer or a Block Development Officer, or a Class 1 Officer of the L.I.C., or a Development Officer of the LIC with at least Five yer's service. The attesting Signature\*Shri/Smt. \_\_\_\_\_ son/ daughter of Shri \_\_\_\_\_ and wife/ widow of Shri \_\_\_\_\_ has affixed his /her thumb impression in my presence after understanding the contents hereof."
- (5) Since our records do not show that the final premium due on \_\_\_\_\_ under the policy has been paid, we have proceeded on the assumption that it remains unpaid and have calculated the claim amount on that basis. If, however the said premium has already been paid, the amount thereof will be refunded along with the claim amount To enable us to trace the payment of premium, if already made, please inform us - the name of the office or Bank where it was paid and the date and number of the deposit receipt issued thereof.
- (6) Signature/s of the claimant/s. other than Life Assured should be attested by one of the officials as mentioned in Note No. (4)

If the within written discharge is signed by more than one person than one person and payment is desired to be made to only one of them, then the following note of Authority must be completed and signed by all of them before a Magistrate or Special Executive Magistrate, or a Gazetted Officer, or a Block Development Officer, or a Class 1 Officer of the Corporation, or a Development Officer of the Corporation with at least five year's service, provided he is fully satisfied about the identity of the executants :-

Place \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

मैं/हम एतद्द्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करते और अनुरोध करते हैं कि वह अन्तर्लिखित राशि रु. \_\_\_\_\_ श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को अदा करें।

I/We hereby authorise and request the LIC of India to pay the within to pay the within mentioned amount of Rs. \_\_\_\_\_ to Shri/Smt. \_\_\_\_\_

की उपस्थिति में अन्तर्लिखित पार्टियों द्वारा हस्ताक्षरित  
Signed by the parties within mentioned in the presence of  
साक्षी  
हस्ताक्षर  
Witness : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_  
पूरा नाम  
Full Name : \_\_\_\_\_  
पद  
Designation : \_\_\_\_\_  
पता  
Address : \_\_\_\_\_

(सम्पूर्ण हस्ताक्षर)  
(Signature in full)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह प्राधिकारी पत्र मैंने श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को समझा दिया था और यह/वे प्राधिकृत पार्टी श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को भुगतान करने के पक्ष में सहमत है।  
I certify that the contents of this Note of Authority were explained by me to Shri/Smt. \_\_\_\_\_ and he/she/they have agreed to payment being made of Shri/Smt. \_\_\_\_\_ the authorised party.

(साक्षी का हस्ताक्षर)  
(Signature of the Witness) as per note (4)

टिप्पणी (1) भुगतान आदाता खाता अधिनियम बैंक/एनईएफटी द्वारा किया जायेगा। यदि भुगतान नवीऑर्डर या डिमांड ड्राफ्ट द्वारा अपेक्षित है तो निम्न अनुरोध पत्र संसके हस्ताक्षर करने पर दावेदार के खर्चे पर और उसकी जोखिम और जिम्मेदारी पर किया जा सकता है। मैं/हम एतद्द्वारा निगम से उक्त राशि नवीऑर्डर/डिमांड ड्राफ्ट \_\_\_\_\_ बैंक पर \_\_\_\_\_ मेरी/हमारी अपनी जोखिम और जिम्मेदारी पर करने का अनुरोध करता हूँ/करते हैं। मैं/हम नवीऑर्डर कमीशन/बैंक प्रभार दावे की राशि में से काटने के लिए सहमत हूँ/हैं।

दावेदारों का हस्ताक्षर

- (2) विगुक्ति बीमेदार द्वारा हस्ताक्षरित एवं विश्वसनीय व्यक्ति द्वारा जो इस धर्म की भाषा से तथा बीमेदार से परिचित है, साध्याकित होना चाहिए।
- (3) यदि एक से अधिक व्यक्तियों ने विगुक्ति प्रपत्र पर हस्ताक्षर किए हैं, तो सभी व्यक्तियों के नामों का उल्लेख करना चाहिए।
- (4) अनपढ़ दावेदारों को अपने अंगुठे के निशान लगाने चाहिए, जो दण्डाधिकारी या विशेष कार्यकारी अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या खंड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम की 5 दंगो की सेवा सहित विकास अधिकारी या भारतीय जीवन बीमा निगम का अधिकारी (मण्डल प्रबन्धक का सदस्य या इस से उच्च) द्वारा सत्यापित हो। सत्यापक साक्षी को अपने हस्ताक्षर के अंतर्गत निम्न घोषणा करनी चाहिए।  
श्री/श्रीमति \_\_\_\_\_  
पुत्र/पुत्री \_\_\_\_\_  
श्री \_\_\_\_\_  
और श्री \_\_\_\_\_  
पत्नी/विधवा ने अपने अंगुठे का निशान मेरे समक्ष इसके सार को समझने के पद लगाया है।
- (5) चूंकि हमारे रिकार्ड के अनुसार पॉलिसी के अंतर्गत दिनांक \_\_\_\_\_ का देय अंतिम प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है, हमने पूर्वानुमान के आधार पर कार्यवाही की है कि वह आदत है और उस आधार ना दावा राशि की गणना की। यदि वह राशि पहले ही भरी गई है तो यह राशि दावा राशि के साथ लौटाई जाएगी। यदि प्रीमियम का भुगतान पहले ही किया गया है तो उसका पता लगाने के लिए कृपया कार्यालय या ब का नौकाम बताएं जहां वह भरा गया था और उसके लिए जारी जमा रसीद की तिथि एवं संख्या बताएं।
- (6) यदि दावेदार बीमेदार नहीं है तो उसके हस्ताक्षर को टिप्पणी (4) में उल्लिखित किसी एक अधिकारी से सत्यापित कराना चाहिए।

यदि अंतरलिखित विगुक्ति एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित है और भुगतान उनमें से किसी एक को करना है तो निम्न प्राधिकारी पत्र को विधियत भरना चाहिए और सभी लोगों के द्वारा दण्डाधिकारी या विशेष कार्यकारी दण्डाधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या खण्ड विकास अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी अधिकारी या निगम की 5 वर्षों की सेवा वाले विकास अधिकारी बराती कि वह निम्नादकों की पहचान के बारे में आश्वस्त हो, के समक्ष हस्ताक्षर करने चाहिए।

दिनांक  
DATE

स्टेटस रिपोर्ट/परिपक्वता  
STATUS REPORT/MATURITY

क्रमांक  
SR. No.

सूचना सं०  
INT. No.



कृपया विमुक्ति प्रपत्र भेजने/के पहले पॉलिसी की जाँच करें | PLEASE CHECK THE POLICY DOCKET BEFORE DESPATCHING THE DISCHARGE FORM

1. Original Policy Bond
2. Cancelled cheque having Name & Account No. printed
3. If name not mentioned on cheque, pasbook required to be verified by LIC official.
4. Self Attested Copy of ID like DL, Passport, Aadhar Card, Pan Card etc.
5. Discharge form duly signed over 1 Rs Rev. Stamp
6. NEFT Form duly signed

Creative Paper Products, RDR APR 2015 Qty: 50 000

शुद्ध बट्टागत मूल्य/नकद विकल्प/प्रदत्त मूल्य, प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ वि० हित लाभ/दावा/पये  
Admit Net D.V./C.O./P.V./1st/2nd/3rd/4th/S.B./Claim for Rs. के पक्ष में प्रस्तावक/बीमेदार/अभ्यर्थी/न्यासी (वि.खी.सं. अधिनियम) स्वाकार करें  
favouring Proposer/Life Assurance/Assignees/Turstees (M.W.P. ACT.)

आवश्यकता : पॉलिसी/विमुक्ति प्रपत्र/आयु प्रमाण/फॉ.नं. 3510/विद्यमानता/अनिवासी प्रश्नावली  
Requirements : Policy Bond/Discharge Form/Age Proof/F.No. 3510/Existence Certificate/Non-resident Query Form.

0017373

उ.श्रे.सं./सप्रअ/प्रअ/समप्र/सप्र.  
H G A/A A O/A O/A D M/D M