



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

पॉलिसी क्र.

खालील सोड किमतीसाठी द्यावयाच्या पावतीचे प्रपत्र.

समर्पण मूल्य हेतु प्राप्त प्रपत्र, पॉलिसी क्र. \_\_\_\_\_

FORM OF RECEIPT FOR THE SURRENDER VALUE OF POLICY NO.: \_\_\_\_\_

श्री./ On the Life of \_\_\_\_\_

च्या आयुष्यावर रु./के जीवन पर /For Rs. \_\_\_\_\_ करिता दिनांक / हेतु दिनांकित /dated \_\_\_\_\_

आम्ही ह्या अन्वये घोषित करतो की मी/आम्ही भारतीय आयुर्विमा महामंडळावर समुनदेशन वा पुनर्समुनदेश ह्याची वरील पॉलिसी संदर्भात कोणताही सूचना दाखल केलेली नाही. मात्र भारतीय आयुर्विमा महामंडळ किंवा अन्य विमा कंपनी ज्यांनी वरील पॉलिसी दिली आहे/ दिल्या आहे, त्यांच्याकडे ह्या अगोदरच नोंद झालेल्या समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन ह्यांचा त्या समावेश नाही. \_\_\_\_\_ रोजी देय असलेला विद्यमान्यता हितलाभ किंवा कर्जाची रक्कम/सोड किंमत ही मिळण्या/देण्या अगोदर मी/आम्ही समनुदेशन/पुनर्समनुदेश ह्यांची कोणतीही सूचना दाखल करणार नाही किंवा अन्य कोणत्याही प्रकारे पॉलिसीवर व्यवहार करणार नाही.

मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं की मैंने/हमने उपरोक्त पॉलिसी/पॉलिसियों के संबंध 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 पॉलिसी/पॉलिसियों को जारी करनेवाले बीमाकर्ता द्वारा पंजीकृत है, न तो मैं/हम पॉलिसी के अन्तर्गत दिनांक \_\_\_\_\_ को देय ऋण मूल्य/समर्पण मूल्य या विद्यमानता हितलाभ के भुगतान के पूर्व उक्त निगम के किसी कार्यालय को अभ्यर्पण अथवा पुनर्अभ्यर्पण की कोई सूचना दूँगा/देंगे। मैंने पॉलिसी 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 the said Corporation, any notice of assignment or reassignment before payment of the Loan Value/ Surrender Value or Survival benefit due on \_\_\_\_\_ I have not dealt with the Policy in any other way.

मी/आम्ही \_\_\_\_\_

ह्या अन्वये भारतीय आयुर्विमा महामंडळाकडून रु.\* \_\_\_\_\_ ची रक्कम, सोड किंमत म्हणून बोनसची रोख किंमत धरून आणि व्यावसायिक ज्यादा हप्ता/आणि किंवा अपघाती/अपंगत्व लाभ ह्यांसाठीचा ज्याद हप्ता ह्यांचा परतावा धरून वरील पॉलिसीखाली मिळाल्याचे मान्य करते. ही पॉलिसी महामंडळाकडे रद्द करण्यासाठी ह्यासोबर सुपूर्त करण्यात आली आहे. साक्ष म्हणून मी/आम्ही हे निवेदन/दस्तऐवज दाखल केले आहे.

ठिकाण \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ महिना \_\_\_\_\_ २० \_\_\_\_\_

मैं/हम \_\_\_\_\_

एतद्वारा, भारतीय जीवन बीमा निगम से उपरोक्त पॉलिसी जो कि उक्त निगम को निरस्त करने हेतु दी जाती है, के समर्पण मूल्य, बोनस के नगद मूल्य तथा व्यवसाय अतिरीक्त और/या दोहरा दुर्घटना हितलाभ/विस्तारीत स्थाई अपंगता हितलाभ, अतिरीक्त हेतु प्रीमियमों की वापसी सहित रुपये \* \_\_\_\_\_ की राशि की प्राप्ति स्वीकार करता हूँ/करते हैं।

स्थान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ महिना/माह \_\_\_\_\_ २० \_\_\_\_\_

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 occupation 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.

Name of the Place

the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Date

Month

स्थान \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ महिना/माह \_\_\_\_\_ २० \_\_\_\_\_

....2

सोड किंमत (बोनसच्या रोख किंमतीसह)	रु. Rs. _____
समर्पण मूल्य (बोनस के नगद मूल्य सहित)	
SURRENDER VALUE (Inclusive of Cash Value of Bonus)*	
व्यावसायिक ज्यादा हप्ता म्हणून परत	रु. Rs. _____
व्यवसाय अतिरिक्त हेतु प्रीमियम वापसी	
Premium refundable on account of occupation extra	
अपघाती अपंगत्व लाभासाठीचा ज्यादा हप्ता परत	
दोहरे दुर्घटना हितलाभ/विस्तारीत स्थाई अपंगता हितलाभ अतिरिक्त हेतु प्रीमियम वापसी	रु. Rs. _____
Premium refundable on account of D.A.B./EPDB extra	
उर्णे/वजा/घटाये/ Less:	रु. Rs. _____
कर्ज/ऋण/Loan:	रु. Rs. _____
व्याज/ब्याज/Interest:	रु. Rs. _____
स्वयंचलित हप्ता ऋण/एपीएल ऋण/APL Debt	रु. Rs. _____
अन्य ज्यादा आकार/अन्य प्रभार/Other Charges	रु. Rs. _____
(वर्णन करणे/दर्शाये/to be specified):	रु. Rs. _____
देय निव्वळ रक्कम/total Amount Due	रु. Rs. _____

मराठी जाणणारा साक्षीदार/हिंदी जाननेवाला साक्षी/ENGLISH KNOWING WITNESS:

त्याची स्वाक्षरी/हस्ताक्षर/Signature: \_\_\_\_\_

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

त्याची व्यवसाय/व्यवसाय Occupation: \_\_\_\_\_

त्याचा पत्ता/पता / Address: \_\_\_\_\_

रु. 5000/- हून अधिक  
रक्कम असल्यास 1 रु. चे  
रेव्हिन्यू टिकीट / 1 रु. का  
राजस्व टिकट जब राशि रु.  
5000/- से अधिक हो।



One Rupee  
Revenue  
Stamp When  
amount  
Exceeds  
Rs. 5000/-

स्वाक्षरी

हस्ताक्षर

Signature

संक्षिप्त

In Short

पूर्ण

Full

मराठीत

हिंदी में

in English

क्षेत्रीय भाषां

Vernacular

\* एकूण सोड किंमत

\* समर्पण मूल्य की सकत राशि

\* Gross amount of Surrender Value

\* जे लागू नाही के खोडा

\* जहाँ लागू न हो काट दे

\* Delete where not applicable

**सूचना:** निरक्षर व्यक्तीने स्वतःच्या अंगठ्याचा ठसा उमटविला पाहिजे, त्याची ओळख साक्षांकन करणाऱ्या पुढीलपैकी एका व्यक्तीने पटवली पाहिजे. दंडाधिकारी त्याच्या कार्यालयीन मोहोरेसह, गट विकास अधिकारी किंवा राजपत्रित अधिकारी किंवा शासनाने चालवलेल्या स्थानीय माध्यमिक विद्यालय किंवा उच्च माध्यमिक विद्यालय ह्यांचे प्राचार्य वा मुख्याध्यापक किंवा राष्ट्रीयकृत बँकेच्या शाखाधिकारी किंवा महामंडळाचा प्रथम श्रेणीचा अधिकारी किंवा महामंडळाचा किमान ५ वर्षे नोकरी झालेला विकासाधिकारी असावी आणि हे प्रपत्र निष्पादित करणाऱ्या व्यक्तीच्या ओळखीविषयी त्याची खात्री पटली पाहिजे. प्रादेशिक भाषेतील स्वाक्षरी इंग्लिश जाणणाऱ्या प्रतिष्ठित व्यक्तीने साक्षांकित केली पाहिजे. अशी स्वाक्षरी वा अंगठ्याचा ठसा साक्षांकित करणाऱ्या साक्षिदारीने पुढील घोषणापत्रकावर स्वाक्षरी केली पाहिजे.

**टिप्पणी:** निरक्षर व्यक्तियों को अपने अंगठे का निशान लगाना चाहिए जिसकी पहचान साक्षांकित करनेवाले दण्डाधिकारी/प्रखंड विकास अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी या सरकार द्वारा संचालित स्थानिय उच्च विद्यालय अथवा उच्चतम माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधान अध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी के अधिकारी अथवा निगम के विकास अधिकारी जो कम से कम ५ वर्ष से सेवारत रह चुका हो, के द्वारा की जानी चाहिए बशर्ते वह प्रपत्र निष्पादित करनेवाली व्यक्ति/व्यक्तियों की पहचान से पूर्णतया संतुष्ट हों। स्थानीय भाषा में किए गए हस्ताक्षरों को हिंदी जाननेवाली प्रतिष्ठित व्यक्तियों द्वारा साक्षांकित किया जाना चाहिए। इस तरह से हस्ताक्षर या अंगूठे के निशान को साक्षांकित करनेवाले साक्षी को निम्न घोषणा करन चाहिए।

**Note:** Illiterate persons must affix their thumb marks which should be identified by the attesting Magistrate under the seal of his office, or a Block Development Officer or a Gazetted Officer or a Principal / Headmaster of Local High School or Higher Secondary School run by the Government or an Officer of a Nationalised Bank or Class I Officer of the Corporation or a Development Officer of the Corporation with at least Five Years' Service provided he/she is fully satisfied about the identify of the person(s) executing the form. Signature in Regional Languages must be attested by respectable English-knowing persons. The witness attesting such Signatures/thumb marks should sign the declaration below:-

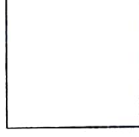


"ह्या विमुक्ति पत्राचा मजकूर \_\_\_\_\_ ना समजावून सांगणात आला आहे. आणि तिने/त्याने आपली स्वाक्षरी/आपला अंगठ्याचा ठसा तो पूर्णपणे समजल्यानंतरच केली आहे/उमटविला आहे."

"इस विमुक्ति प्रपत्र के तथ्यों को \_\_\_\_\_ को समझा दिया गया है और उन्होंने पूरी तरह समझने के बाद अपनी हस्ताक्षर किया है/अंगठे का निशान लगाया है।"

"The contents of this discharge form hve been explained to \_\_\_\_\_ and he/she/they have/has signed the same/put thumb impression after fully understanding the same."

कार्यालयीन मोहोर/  
कार्यालय की मोहर  
यदि कोई



SEAL OF OFFICE  
IF ANY

साक्षीदाराची स्वाक्षरी/साक्षीका हस्ताक्षर  
Signature of the Witness

जर ही पावती एकाहून अधिक व्यक्तींनी स्वाक्षर्या केलेली असेल आणि त्यांच्यापैकी एकाला रक्कम द्यायची असेल तर पुढीलप्रमाणे एक अधिकारपत्र पूर्ण करून त्यावर सर्वांनी (ज्याच्या नांवे अधिकार पत्र आहे ती व्यक्ति वगळून) स्वाक्षर्या पुढीलपैकी एका व्यक्तीमुळे केल्या पाहिजेत. दंडाधिकारी किंवा गट विकास अधिकारी किंवा राजपत्रित अधिकारी किंवा शासनाने चालवलेल्या स्थानिक माध्यमिक वा उच्च माध्यमिक विद्यालयाचा प्राचार्य वा मुख्याध्यापक किंवा राष्ट्रीयकृत बँकेचा शाखाधिकारी किंवा महामंडळाचा प्रथम श्रेणीचा अधिकारी किंवा किमना तीन वर्षांचा अनुभव असलेला विकास अधिकारी किंवा कायम झालेला विकास अधिकारी जो ह्यापूर्वी विभागीय प्रबंधक किंवा क्षेत्रीय प्रबंधक संघ किंवा अध्यक्ष संघ ह्यांचा सदस्य होता. मात्र निष्पादन करणाऱ्या व्यक्तीची ओळख त्यांनी पटवली पाहिजे. जर पावतीवर स्वाक्षर्या करणाऱ्या व्यक्तित् व्यतिरीक्त अन्य कोणास रक्कम द्यावयाची असेल तरीही हे प्राधिकार पत्र भरणे आवश्यक आहे.

यदि यह रसीद एक से अधिक व्यक्तियों द्वारा हस्ताक्षरित होती है तथा भुगतान उनमें से केवल एक को करने की इच्छा व्यक्त की जाती है तो निम्न पत्र प्राधिकृत व्यक्ति के अलावा सभी लोगों द्वारा दण्डाधिकारी, प्रखण्ड विकास अधिकारी अथवा राजपत्रित अधिकारी अथवा सरकार द्वारा संचालित स्थानिक उच्च विद्यालय अथवा उच्चतर माध्यमिक विद्यालय के प्रधानाचार्य/प्रधान अध्यापक या राष्ट्रीयकृत बैंक के अधिकारी या निगम के प्रथम श्रेणी के अधिकारी अथवा निगम के विकास अधिकारी जो कम से कम तीन वर्ष से सेवारत रह चुका हो अथवा नियुक्त किए गए हों, बशर्ते वह प्रपत्र निष्पादित करनेवाले की पहचान के पूर्णतया संतुष्ट हो। प्राधिकार पत्र की आवश्यकता तब भी होगी यदि भुगतान रसीद पर हस्ताक्षर करनेवालों के अलावा किसी अन्य व्यक्ति को किया जाना है।

If the Receipt is signed by more than one person and payment is desired to be made to only one of them, then a letter of Authority as under must be completed and signed by all of them except the authorised person before Magistrate or a Block Development Officer or Gazetted Officer or a Principal/Head master of Local High School or Higher Secondary School run by the Government or an Officer of a Nationalised Bank or a Class I Officer of the Corporation or a Development Officer of at least 3 years' standing or confirmed Dev. Officer recruited from Agents who were D.M.'s or B.M.'s Club Members before joining provided he/she is fully satisfied about the identity of the executants. The Letter of Authority will also be required if the payment is to be made to person other than those who have signed this from.

ठिकाण / स्थान / Place \_\_\_\_\_

दिनांक / तारीख / Date \_\_\_\_\_

मी/आम्ही ह्याअन्वये भारतीय आयुर्विमा महामंडळास विनंती करतो आणि अधिकार देतो की त्यांनी वरील रु. \_\_\_\_\_ ची रक्कम श्री. \_\_\_\_\_ (अधिकृत व्यक्तित्चे नांव) ह्यांना द्यावी.

मैं/हम भारतीय जीवन बीमा निगम को रु. \_\_\_\_\_ कि उपरोक्त राशि \_\_\_\_\_ (प्राधिकृत व्यक्ति का नाम) को भुगतान करने हेतु एतद्वारा प्राधिकृत करता हूँ/करते हैं।

I/We hereby authorise and request Life Insurance Corporation of India to pay the above mentioned amount of Rs. \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (Name of the authorised person)

वरील व्यक्तींनी ह्यांच्या उपस्थितीत स्वाक्षरी केली.  
अंतर उल्लिखित पक्ष/पक्षां द्वारा साक्षी की उपस्थिती में हस्ताक्षर।  
Signed by the party of Parties  
Within-mentioned in the presence of:

पूर्ण स्वाक्षरी/पूर्ण हस्ताक्षर  
Signatures/s in Full

दंडाधिकारी किंवा गट विकास अधिकारी किंवा राजपत्रित अधिकारी वगैरे.  
दण्डाधिकारी या प्रखण्ड विकास अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी इत्यादि।  
Magistrate, or a Block Development Officer or a Gazatted Officer etc.

पूर्ण स्वाक्षरी/पूर्ण हस्ताक्षर  
Signatures/s in Full

\*भी प्रमाणित करतो की ह्या प्राधिकार पत्राचा मजकूर मी स्थानिक भाषेत \_\_\_\_\_  
 ह्यांना समजावून दिला आणि त्यांनी \_\_\_\_\_ (प्राधिकृत व्यक्ति)  
 ह्यांना रक्कम अदा करण्यास मान्यता दिली आहे.

\*इस एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि इस प्राधिकार पत्र के तथ्यों को मेरे द्वारा \_\_\_\_\_  
 को क्षत्रिय भाषा में समझा दिया था, और वह/वे प्राधिकृत पक्ष/पक्षों \_\_\_\_\_  
 को राशि का भुगतान करने के लिये समहृत हुए/हुई है।

\*hereby certify that the contents of this note of Authority were explained by me in the vernacular to \_\_\_\_\_

and he/she has agreed to payment being made to \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ authorised person.

दंडाधिकारी / गट विकास अधिकारी / राजपत्रित अधिकारी वर्गरेची स्वाक्षरी  
 दण्डाधिकारी या प्रखण्ड विकास अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी इत्यादी का हस्ताक्षर  
 Sign of Magistrate or a Block Development Officer or a Gazatted Officer etc.

- \* जर हे प्राधिकार पत्र निरक्षर वा स्थानिक भाषा जाणणाऱ्या व्यक्तीने पूर्ण केले असेल तर हे पृष्ठांकन साक्षांकन दंडाधिकारी किंवा गटविकास अधिकारी किंवा राजपत्रित अधिकारी इत्यादींनी पूर्ण करून त्यावर स्वाक्षरी केली पाहिजे.
- \* यदि प्राधिकार पत्र निरक्षर वा क्षेत्रीय भाषा जाननेवाली व्यक्ति द्वारा पूर्ण किया जाता है तो पृष्ठांकन साक्षांकन करनेवाले दण्डाधिकारी या प्रखण्ड विकास अधिकारी या राजपत्रित अधिकारी इत्यादी द्वारा पूर्ण और हस्ताक्षरित किया जाए।
- \* This endorsement is required to be completed and signed by the attesting magistrate, or a Block Development officer or a Gazatted Officer etc. when the Note of Authority is completed by an illiterate or Vernacular knowing person.

Please Send Cancelled Cheque leaf & photocopy of  
 Bank Pass - Book for NEFT Payment

Name of Bank : \_\_\_\_\_

Address of Bank : \_\_\_\_\_

Account Type : Saginv / Current

Account No. : \_\_\_\_\_

IFC Code : \_\_\_\_\_

दावेदार / दावेदारांची संपूर्ण स्वाक्षरी  
 दावेदार / दावेदारां के पूर्ण हस्ताक्षर  
 Signatue (s) of the Claimant(s) in full  
 (as per Specimen in the Record)

सध्याचा पत्ता / वर्तमान पत्ता  
 Present Address \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_

टीप (१) रक्कम आपल्या वरील निर्देशित खात्यामध्ये केवळ एन्.ई.एफ्.टी.तर्फे केले जाईल.

भुगतान आपके उपनिर्देशित खाते में केवल एन्.ई.एफ्.टी. के द्वारा ही किया जायेगा।

Note: Payment will be made to your above mentioned account through NEFT only.  
 Questionnaire to be submitted with surrender application / Discharge form

Policy No.

Name of life assured :

Date of surrender :

(Kindly, select only one option for each question)

Que No.	Question	Option
1.	Are you aware that surrender of LIC, Policy meand losing life cover and financial loss to you	1. Yes 2. No
2.	Reasons for surrender of the LIC Policy	1. Urgent Financial Need 2. Not Satisfied with terms and condition of the plan. 3. Not satisfied with service. 4. Any other reason.
3.	Whether surrender amount is being invested in any other LIC product?	1. Yes 2. No

I hereby declare that I have understood the surrender value calculation fully and signing the discharge form after understanding the same.

Signature of life assured

Name of life assured :

Mobie / contact number :

प्रपत्र क्र./फार्म सं./ F.No. 5074/3510 (संशोध./Rev.)  
 R.P./1 Lac Form/07-17

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.



**Retention of Insurance Cover**

Date: .....

Questionnaire to be submitted by the Policyholder with Surrender Application / Discharge Form(s)

Policy No : ..... Name of Policyholder: .....

Question No.	Question	Options
1	Reason of surrender of Policy	1. Urgent Financial Need
		2. Not satisfied with terms & conditions of Plan
		3. Not satisfied with service
		4. Any other reason :
2	Are you aware that surrender of Policy shall result into Loss of Life Cover?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3	Are you aware that surrender of Policy may be financial disadvantageous?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4	Are you aware approximate Surrender Value of your Policy?	Rs. .... /- _____ (Signature of Policyholder)

I hereby declare that I have understood the various aspects of Surrender of my policy/policies & I am signing my discharge form(s) understanding the same.

Address of Policyholder : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Policyholder)

**ANNEXURE-II  
EXIT INTERVIEW**

Date : .....

Certificate of Exit Interview conducted by Branch Office / Division Office

Question No.	Question	Options
1	Reason of surrender of Policy	1. Urgent Financial Need
		2. Not satisfied with terms & conditions of Plan
		3. Not satisfied with service
		4. Any other reason :
2	Is the Policyholder aware that surrender of LIC Policy may incur Loss of Life Cover?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3	Is the Policyholder aware that surrender of LIC Policy may be financial disadvantageous?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4	Is the Policyholder aware approximate Surrender Value?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Date of Request for Surrender	S.V. Amount Rs. .... /- _____

I hereby declare that I have conducted the Exit Interview (Personally / Over Telephone)

At ..... on ..... at ..... Hrs

Signature of Official who conduct the Exit Interview : ..... (SR No. ....)