

(अधिकार पत्राचे हे प्रपत्र दोन प्रतीत पूर्ण करावे)
(यह अधिकार प्रपत्र दो प्रतिलिपियों में पूर्ण करना है)
(This Form of Authority Letter is to be completed in duplicate)

प्रति,
सेवा में,
To,

(नियोक्त्याचे नाव) / (नियोक्ता का नाम)
(Name of the Employer)

प्रिय महोदय, प्रिय महोदय,
Dear Sir/s,

मी भारतीय आयुर्विमा महामंडळाकडून आयुर्विमा पॉलिसी घेतली आहे आणि मी दरमहा वेतनांतून हप्ता कापून भरू इच्छितो. माझी विनंती आहे की पुढे दर्शविलेल्या महिन्यापासून माझ्या वेतनातून पुढे दर्शविलेल्या विमा हप्त्याची रक्कम वजा करावी आणि भारतीय आयुर्विमा महामंडळाच्या विभागीय कार्यालयाच्या शाखेला द्यावी आणि पुढेही अशी कपात करून दर महिना त्यांना देणे आणि पुढील सूचना मिळेपर्यंत नियमित चालू ठेवावे.

मैंने भारतीय जीवन बीमा निगम से एक जीवना बीमा पॉलिसी ली है और मैं प्रति माह वेतन से कटवा कर किस्त देना चाहता हूँ। मैं आप से प्रार्थना करता हूँ कि कृपया नीचे दिये गये किस्त धन को मुझको नीचे लिखे माह तथा उसके बाद प्रति माह के देय वेतन से काटकर भारतीय जीवन बीमा निगम के मंडल कार्यालय / शाखा कार्यालय को नियमित भेजें तथा अगली सूचना दिये जाने तक नियमित भेजते रहने का प्रबंध करें।

I have taken out a Life Insurance Policy with the Life Insurance Corporation of India. and I desire to pay premium by deduction from salary every month. I request you to kindly arrange to deduct and pay to the Life Insurance Corporation of India Division _____ Office / Branch Office _____ the premium amount stated below from my salary due to the month given below and also to continue to deduct and pay such amounts every monthly till further advice.

माझ्या वेतनातून हप्त्यांची कपात करणे जेथे शक्य आहे तेथे करून महामंडळाकडे ते पाठवणे ह्याची व्यवस्था करण्यासाठी आपले उत्तरदायित्व सीमित आहे. आपल्या नियंत्रणाबाहेर असलेल्या कारणांनी उदाहरणार्थ मी विनावेतन रजेवर जाणे किंवा हप्त्याची कपात न करता मी अग्रिम वेतन घेणे किंवा हप्त्यांची कपात करण्यासंबंधीचे हे अधिकारपत्र मी रद्द करणे किंवा आपल्या नोकरीचा त्याग करणे ह्यामुळे पॉलिसीवरील हप्ता न भरला गेल्यास उद्भवणा-या सर्व परिणामांची जबाबदारी माझ्यावर राहिल. अशा कोणत्याही परिस्थितीत किंवा कोणत्याही कारणाने भारतीय आयुर्विमा महामंडळाने वेतन बचत योजना मागे घेतल्यास माझी पॉलिसी रद्द होण्याचे टाळण्यासाठी पॉलिसीत दर्शविलेल्या वाढीव दराने महामंडळास थेट हप्ता पाठवण्याची व्यवस्था करण्याची जबाबदारी माझ्यावर राहिल.

मैं स्वीकार करता हूँ कि आपका दायित्व मेरे वेतन से जहां से भी हो प्रीमियम किस्त काटने तथा उस धन को समय से निगम को भेजने तक ही सीमित है। आपके नियंत्रण से बाहर के किन्ही कारणों से मेरी पॉलिसी की किस्त की अदा गयी और उससे उत्पन्न परिणामों के लिए पूरी तरह उदत्तरदायी होऊंगा जैसे मेरे बिना वेतन के अवकाश पर होने के कारण अथवा मेरे द्वारा किस्त काटने के इस अधिकार को निरस्त करने के कारण अथवा आपकी नौकरी छोड़ देने पर ऐसी किसी भी अवस्था में अथवा भारतीय जीवन बीमा निगम द्वारा किसी भी कारण से आपका यहां वेतन बचत योजना समाप्त कर देने की अवस्था में यह मेरा उत्तरदायित्व होगा कि मैं अपनी पॉलिसी को कालातीत होने से बचाने हेतु बढी हुई निर्धारित दर पर निगम को सीधे अपनी किस्त भेजने का प्रबंध करूंगा।

I agree that your liability will be confined to making arrangement for deduction of premium from any salary where this can be made and remitting the amount to the Corporation in time. I shall be entirely responsible for any consequences on account of non - payment of premium on my policy for reasons beyond your control such as in the event of my proceeding on leave without pay, or my drawing advance salary without deduction of premium, or my cancelling this authorisation for deduction of premium or my leaving your employment. In such case, or in case of withdrawal of the Salary Savings Scheme with you by the Life Insurance Corporation of India for any reason whatsoever it will be my responsibility to make arrangements for remittance of the premium directly to the Corporation at the increased rate specified in the Policy to prevent my policy from going into lapsed condition.

आपला विश्वासू, भवदीय / आपका विश्वासनीय,
Yours faithfully,

(पॉलिसीच्या विवरणासाठी आणि अन्य तपशीलांसाठी मागे पहा)
(पॉलिसी तथा अन्य विवरण हेतु पृष्ठ पलटिये)
(For policy particulars and other details see reverse)

पॉलिसी धारकाची स्वाक्षरी / बीमाधारक का हस्ताक्षर
Signature of policy holder

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

वेबयो विभाग मुंबई / वेबयो मंडल मुंबई SSS DIVISION, MUMBAI

शाखा क्र. / शाखा सं.

Branch No. _____

प्रस्ताव क्र. / प्रस्ताव सं.

Proposal No. _____

पॉलिसी धारकाचे पूर्ण नांव / बीमेदार का पूरा नाम

Name of policy holder in full _____

(मोठ्या अक्षरात), (मोटे अक्षरों में) (In Block Letters)

हुद्दा: _____ ज्या खात्यांत जो काम करीत आहे त्याचे नांव _____

पद _____ विभाग जिसमें कार्यरत है _____

Designation _____ Department in which working _____

नियोक्त्याचे नांव व पत्ता _____

नियोक्ता का नाम तथा पता _____

Name and address of the employer _____

पॉलिसीचे विवरण (भा.आ.म. नें भरावयाचे)
पॉलिसी ब्यौरा (भा.जी.बी.नि. द्वारा भरा जाये)
Policy Particulars (To be completed by LIC)

पॉलिसी क्र. _____ विमा हप्ता _____

पॉलिसी संख्या _____ प्रीमियम किस्त _____

Policy No. _____ Instalment Premium _____

वेतनांतून कधी पासून कपात सुरु _____

(महिना आणि वर्ष)

वेतन से प्रारंभ होनेवाली कटौती _____

(माह, वर्ष)

Deduction to commence from salary for _____

(Month & Year)

वेबयो अधिकार पत्र (सुधारित)

बे.ब.यो. अधिकार पत्र (संशोधित)

S.S. Scheme Authorisation Letter (Rev.)

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

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

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