





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.

किसी भी नियम, प्रचलन, रीति वा रिवाज के किसी प्रावधान के कुछ समय तक जारी रहते हुए किसी भी चिकित्सक या अस्पताल को गोपनीयता 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 \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ माह 20 मेरे समक्ष घोषित  
Declared at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 before me.

दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठे के निशान

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

साक्षी के हस्ताक्षर Signature of Witness

पद Designation \_\_\_\_\_

पता Address \_\_\_\_\_

पूरा नाम Full Name \_\_\_\_\_

पद Designation \_\_\_\_\_

पता Address \_\_\_\_\_

दूरध्वनी क्र. Tel. No. \_\_\_\_\_

**टिप्पणी :** यह बयान निम्नांकित में किसी एक के 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 5 वर्षों तक सेवा की हो) या, 3 वर्ष के स्थायी या ऐसे अभिकर्ताओं में नियुक्त जो मं.प्र., या क्ष.प्र. या. अध्यक्ष क्लब सदस्यों वि. अ. के रूप में नियुक्त होने के पूर्व सदस्य थे। (12) ग्राम पंचायत अथवा स्थानीय निकाय का अध्यक्ष।

**NOTE :** This statement must be countersigned by (1) An Advocate (2) An Agent of the Corporation (who is a member of an Agent's 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 Superintendent or a Development Officer of atleast 5 years standing or confirmed recruited from Agents who were D.M. or B.M. Club Members before joining, as Development Officer or (12) President of a Village Panchayat or Local Board.

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 किया जाता है कि इस फार्म के 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.

हस्ताक्षर Signature \_\_\_\_\_

पूरा नाम Full Name \_\_\_\_\_

पद Designation \_\_\_\_\_

पता Address \_\_\_\_\_

दूरभाष Tel. No. \_\_\_\_\_