

WITHOUT PREJUDICE
बिना किसी पूर्वाग्रह के

Date & Time Stamp
(Office use only)
तारीख व समय की मुहर
(केवल कार्यालय
उपयोग हेतु)

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM
दावाकर्ता का वक्तव्य- मृत्यु दावा

**Claimant's photo
(Signed Across)**
दावाकर्ता की फोटो
(हस्ताक्षर सहित)

Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch
कृपया नीचे लिखी आवश्यकताओं को पूरा करते हुए इस फार्म को नजदीकी शाखा में प्रस्तुत करें

- (a) Form to be filled in English/Hindi only
(क) फार्म को केवल अंग्रेजी /हिन्दी में ही भरें।
- (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(ख) कृपया दावा आवेदन फार्म सभी प्रकार से पूरा भर कर एवं आवश्यक कागजातों की मूल तथा सत्यापित प्रतियों के साथ प्रस्तुत करें।
- (c) Kindly be legible in filling up the application form and ensure all information is declared correctly and clearly. DO NOT leave any column blank
(ग) कृपया फार्म को स्पष्ट तरीके से भरें तथा ये सुनिश्चित करें कि सभी घोषित सूचनाएं सही व स्पष्ट हों। किसी भी कॉलम को खाली न छोड़ें।

Documents to be submitted प्रस्तुत किये जाने वाले कागजात	Non Accidental Death गैर-दुर्घटना मृत्यु		Accidental Death दुर्घटना मृत्यु	
	Required आवश्यक	Submitted प्रस्तुत	Required आवश्यक	Submitted प्रस्तुत
Original Policy Document मूल पॉलिसी कागजात	Yes हाँ		Yes हाँ	
Original Death Certificate issued by Local Authority स्थानीय अधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल प्रति	Yes हाँ		Yes हाँ	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque दावाकर्ता का वर्तमान पता, पहचान पत्र, बैंक पासबुक/बैंक स्टेटमेंट/क्रॉस की हुई चेक	Yes हाँ		Yes हाँ	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate मृत्यु प्रमाण पत्र के मेडिको लीगल कारण की प्रति	Yes हाँ		Yes हाँ	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) मेडिकल रिकार्ड (दाखिला नोट, डिस्चार्ज / मृत्यु सारांश, टेस्ट रिपोर्ट, आदि)	Yes हाँ		Yes हाँ	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report शव परीक्षण/ रसायनिक जांच रिपोर्ट की प्रति	No नहीं		Yes हाँ	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict एफआईआर/पंचनामा रिपोर्ट/पुलिस की अंतिम रिपोर्ट/मजिस्ट्रेट के फैसले की प्रति	No नहीं		Yes हाँ	
Others (Please mention.....) अन्य (कृपया उल्लेख करें.....)				

Please submit the relevant supporting documents for faster processing of claim. The company reserves the right to call for additional documents/requirements

दावे के तेज निबटारे के लिये कृपया संबंधित सहायक दस्तावेजों को प्रस्तुत करें। अतिरिक्त दस्तावेजों/आवश्यकताओं की मांग का अधिकार कंपनी के पास है।

Signature of the claimant / दावाकर्ता के हस्ताक्षर

WITHOUT PREJUDICE
 बिना किसी पूर्वाग्रह के

PARTICULARS OF INSURED: बीमित के विवरण:

Policy No (s): पॉलिसी संख्या(एं):	
Date of Birth जन्म तिथि	
Gender: लिंग:	<input type="checkbox"/> Male पुरुष <input type="checkbox"/> Female महिला
Deceased Name in Full: मृतक का पूरा नाम:	
Occupation / Main Duties : व्यवसाय/ प्रमुख कर्तव्य:	
Marital Status at time of death मृत्यु के समय वैवाहिक स्थिति:	<input type="checkbox"/> Single एकल <input type="checkbox"/> Married विवाहित <input type="checkbox"/> Divorced तलाक़ शुदा <input type="checkbox"/> Widowed विधवा/ विदुर
Residential Address : घर का पता :	
Telephone Number फोन नंबर:	
Mobile Number मोबाइल नंबर:	

DETAILS OF DEATH: मृत्यु संबंधी विवरण

Date of Death : मृत्यु की तिथि	
Time of Death : मृत्यु का समय	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : मृत्यु का स्थान(मृत्यु की जगह बतायें, उदा. अस्पताल/संस्थान/घर-जगह का नाम व पता बताएं)	
Date and Time of Cremation/ burial : अंतिम संस्कार/दफनाने का दिन व समय	
Cause of Death मृत्यु का कारण	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) डिस्चार्ज / मृत्यु सारांश की प्रतियां संलग्न (हाँ / नहीं)

If NO – Please provide the reason यदि नहीं तो - कृपया कारण प्रस्तुत करें

IF THE DEATH IS DUE TO AN ACCIDENT, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING:

यदि मृत्यु का कारण दुर्घटना है तो, कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:

Date of accident :दुर्घटना की तारीख	
Time of accident : दुर्घटना का समय	
Name : नाम Address : तारीख Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged उस पुलिस स्टेशन का फोन नंबर जहां पर एफ.आई.आर दर्ज हुई	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed जिस अस्पताल में पोस्टमार्टम परीक्षण हुआ, उसका नाम, पता व फोन नंबर	
Date of post mortem examination पोस्टमार्टम परीक्षण की तारीख	

Signature of the claimant / दावाकर्ता के हस्ताक्षर

WITHOUT PREJUDICE
बिना किसी पूर्वाग्रह के

IF THE DEATH WAS DUE TO CAUSES OTHER THAN ACCIDENT, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING:

यदि मृत्यु का कारण दुर्घटना न हो कर कुछ और है तो, कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:

Nature of illness/ailment बीमारी/रोग की प्रकृति	
Duration of illness/ailment. बीमारी/रोग की अवधि	From : से : To : तक:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. जिस डॉक्टर/अस्पताल ने जीवन बीमित का निदान तथा इलाज किया, उसका नाम, पता व फोन नंबर	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor जीवन बीमित के सामान्य/पारिवारिक डॉक्टर का नाम, पता व फोन नंबर	
How Long has deceased been under treatment? मृतक कितने समय से उससे इलाज करा रहा था?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem यदि पोस्टमार्टम किया गया था तो पोस्टमार्टम की तारीख	

History of previous ailments, if any, and the treatment details thereof - _____

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

पहले की बीमारी का इतिहास, यदि कोई हो तो, और उसके इलाज का विवरण(कृपया पिछले इलाज के कागजात प्रस्तुत करें)

Employment Details – To be filled if the Life Assured was in Service anytime during the term of the policy

(Kindly submit the Employers Certificate with copies of Medical Certificates submitted for Leave availed on Medical Grounds)

रोजगार के विवरण- तब भरा जाय जब कि पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति किसी नौकरी में था

(कृपया नियोक्ता प्रमाणपत्र एवं मेडिकल आधार पर छुट्टी लेने के लिये लिये गये प्रस्तुत किये गये मेडिकल प्रमाणपत्रों की प्रतियां संलग्न करें)

Employers Name: नियोक्ता का नाम	
Address : पता	
Telephone No of Employer नियोक्ता का फोन नंबर	
Designation at work place/business कार्य करने की जगह/व्यवसाय में पदवी	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. रोजगार की प्रकृति : मैनुअल / कुशल / अकुशल / तकनीकी / लिपिक/ सुपरवाइजरी/ प्रबंधकीय / अन्य	
P.F. No. / Employee No / पी.एफ. संख्या/ कर्मचारी संख्या	

Details of Other Policies held by the deceased / मृतक के द्वारा ली गयी अन्य बीमा पॉलिसियों का विवरण:

Name of Company कंपनी का नाम	Policy No. पॉलिसी संख्या	Commencement date आरंभ होने की तारीख	Sum Assured बीमित राशि	Have you received the claim amount क्या आपको दावा राशि मिल चुकी है

Note: You may use a separate sheet if the space provided herein above is not sufficient

टिप्पणी: यदि फार्म में दी गयी जगह यहां पर पर्याप्त न हो तो आप अलग से एक सादे कागज का प्रयोग कर सकते हैं

Signature of Claimant/दावाकर्ता के हस्ताक्षर

WITHOUT PREJUDICE
 बिना किसी पूर्वाग्रह के

CLAIMANT(S) Details / दावाकर्ता के विवरण

Claimant Name in Full दावाकर्ता का पूरा नाम	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) दावाकर्ता का पता (कृपया इनमें से कोई एक कागजात घर के पते के साक्ष्य के रूप में प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill टेलीफोन बिल <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook बैंक एकाउंट स्टेटमेंट/बैंक पासबुक <input type="checkbox"/> Electricity Bill बिजली का बिल <input type="checkbox"/> Ration Card राशन कार्ड <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority मान्यता प्राप्त जन अधिकारी से पत्र <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months वैध लीज अनुबंध के साथ हाल के तीन महीनों के किराये की रसीद <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence घर के पते के संबंध में नियोक्ता का प्रमाणपत्र
Telephone No. : टेलीफोन नंबर	
Mobile No. :मोबाइल नंबर	
Relationship with the Life Assured : बीमित के साथ संबंध	
Date of Birth : जन्मतिथि	
Occupation व्यवसाय	<input type="checkbox"/> Service नौकरी <input type="checkbox"/> Business व्यापार <input type="checkbox"/> Housewife गृहणी <input type="checkbox"/> Self Employed स्वरोजगार <input type="checkbox"/> Others अन्य If Others(Please specify) _____ कोई अन्य(कृपया स्पष्ट करें)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof दावाकर्ता की फोटो की एक प्रति पहचान साक्ष्य	<input type="checkbox"/> Passport पासपोर्ट <input type="checkbox"/> PAN Card पैन कार्ड <input type="checkbox"/> Voter Identity Card वोटर पहचान पत्र <input type="checkbox"/> Driving License ड्राइविंग लाइसेंस <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority मान्यता प्राप्त जन अधिकारी से पत्र <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official दावाकर्ता की फोटो एसबीआई लाइफ अधिकारी के द्वारा प्रमाणित
Nature of title to the policy monies पॉलिसी के धन के शीर्षक की प्रकृति	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others प्रस्तावक/नामांकित/पूछांकित/अन्य

BANK DETAILS OF THE CLAIMANTS (Please enclose a copy of Bank Pass Book)

दावाकर्ता के बैंक विवरण(कृपया बैंक पासबुक की प्रति संलग्न करें)

Name of Bank बैंक का नाम	
Branch Code Number ब्रांच का कोड नंबर	
IFSC Code No IFSC कोड नंबर	
Account Number अकाउंट नंबर	
Address of bank बैंक का पता	

Signature of Claimant/दावाकर्ता के हस्ताक्षर

WITHOUT PREJUDICE
 बिना किसी पूर्वाग्रह के

CLAIMANT'S DECLARATION/ दावाकर्ता की घोषणा

I _____ do hereby declare and confirm that I am the rightful Claimant of the deceased person and the statements made herein above are true and complete in each and every respect.

मैं _____ एतद् द्वारा इस बात की घोषणा तथा पुष्टि करता हूँ कि मैं मृत व्यक्ति का अधिकृत दावाकर्ता हूँ तथा यहां पर प्रस्तुत किये गये सभी कथन हर मामले में सत्य और पूर्ण हैं।

I hereby authorize any medical practitioner or hospital or nursing home or medical clinic who or which has attended upon or examined or treated Life Insured for any ailment or illness to divulge any knowledge or information regarding Life Insured's state of health which he / they may have acquired before or after the issuance of the policy, to SBI Life Insurance Co Ltd, any of its offices, or Authorized Representatives, Court of law, or any grievance Redressal forum. I hereby confirm that this authorization is irrevocable and is valid notwithstanding any law, custom or usage 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.

मैं एतद् द्वारा ये अधिकृत करता हूँ कि कोई भी मेडिकल प्रैक्टिस करने वाला या अस्पताल या नर्सिंग होम या मेडिकल क्लीनिक जो या जिसने बीमित की किसी बीमारी या रोग की जांच की है या उसकी देखभाल या इलाज किया है, वह जीवन बीमा पॉलिसी को लिये जाने के पहले या बाद की किसी भी जानकारी जो बीमित के स्वास्थ्य से संबंधित है, और उसने/उन्होंने प्राप्त की है, एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड, इसके किसी कार्यालय या अधिकृत प्रतिनिधि, कानूनी न्यायालय, या किसी शिकायत समाधान फोरम को प्रकट कर सकते हैं। मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि अधिकृत करने की ये प्रक्रिया अपरिवर्तनीय है तथा कुछ समयवधि के लिये किसी कानून, प्रथा या उपयोग के बावजूद किसी फिजीशियन या अस्पताल के पास बीमित का इलाज या देखभाल करने के कारण उससे संबंधित कोई ज्ञान या जानकारी, जो उसके पास उपलब्ध है गोपनीयता के आधार पर प्रतिबंधित करने से रोकती है।

Further, I hereby authorize any insurance company, government organization, employer, other organization, institution or person to release to SBI Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives any record or knowledge about deceased. I hereby confirm that such information shall without limitation include information about deceased's health (including any information relating to the use of drugs or alcohol, AIDS, or mental and physical history, condition, advice or treatment), earnings or other insurance benefits, including any accounting information of the Life Insured's account.

आगे, मैं एतद् द्वारा किसी बीमा कंपनी, सरकारी संगठन, नियोक्ता, अन्य संगठन, संस्थान या व्यक्ति को इस बात के लिये अधिकृत करता हूँ कि एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड, इसके उपयुक्त अधिकृत प्रतिनिधि को मृतक संबंधी कोई भी जानकारी या रिकार्ड दे सकता/सकते हैं। मैं एतद् द्वारा ये पुष्टि भी करता हूँ कि ऐसी सूचना में किसी भी सीमा से परे मृतक की सेहत(नशीली दवाओं या अल्कोहल के सेवन, एड्स या मानसिक और शारीरिक इतिहास, स्थिति, सलाह या इलाज) संबंधी सूचना के साथ, आय या अन्य बीमा लाभ, तथा बीमित के अकाउंट से संबंधित कोई भी जानकारी शामिल है।

I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to SBI Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to assess this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit to assess this claim further.

मैं एतद् द्वारा ये अधिकृत करता हूँ कि मैं उपर्युक्त तरीके से अधिकृत करने का सुपात्र हूँ। मैं ये सहमति भी प्रकट करता हूँ कि एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड या इसके उपयुक्त अधिकृत प्रतिनिधि को दावे का आंकलन करने में कंपनी के लिये सहायक उपरिलिखित सूचना या किसी और जानकारी के संग्रह में और इस दावे का आंकलन करने में किसी भी तरह से जानकारी के इस्तेमाल में सहायता प्रदान करूंगा।

Name of Witness / गवाह का नाम

Signature/ हस्ताक्षर

Address / पता

Tel No/Mob No / टेलीफोन नंबर/मोबाइल नंबर

Name in Block Letters: _____

नाम

Signature/ Thumb Impression of the claimant:

हस्ताक्षर / अंगूठे के निशान

Place: _____

स्थान

Date: _____

दिनांक

WITHOUT PREJUDICE
बिना किसी पूर्वाग्रह के

Authorization

अनुमोदन

(To be signed by the claimant)
(दावाकर्ता के द्वारा हस्ताक्षरित)

To,
सेवा में,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____
में, श्री/श्रीमती _____ (नाम)

(Relation) of Mr. /Ms. _____ (name of the Deceased Life)
श्री/श्रीमती _____ (बीमित मृतक का नाम) का _____ (संबंध)

Assured) hereby give my consent to SBI Life Insurance Co. Ltd., and/or its representative
एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड, इसके उपयुक्त अधिकृत प्रतिनिधि को मेरी स्वीकृति प्रदान करता हूँ कि वे
to obtain (including photocopies) all the employment/medical/hospital records/other
(फोटोकॉपी सहित) श्री/श्रीमती _____ के सभी रोजगार/मेडिकल/अस्पताल के रिकार्ड/अन्य रिकार्ड/मेरे इलाज
Records/information pertaining to the treatment of Late Mr. /Ms _____
से संबंधित सूचना ले सकते हैं।

Yours faithfully,
विश्वास पूर्वक आपका,

Signature of the claimant
दावाकर्ता के हस्ताक्षर

Name of the claimant: _____
दावाकर्ता का नाम

Policy No. _____
पॉलिसी संख्या

Date: _____
दिनांक

WITHOUT PREJUDICE
 बिना किसी पूर्वाग्रह के
Direct Credit Mandate
 प्रत्यक्ष क्रेडिट सहमति

I/We _____ (Name of Nominee/assignee/Trustee) hereby authorize SBI Life Insurance Co. Ltd. to directly credit the claim proceeds of Rs.. _____ to my Bank Account, as per details given below:

मैं/हम _____ (नामित/पृष्ठांकित/ट्रस्टी) एतद् द्वारा एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड को इस बात के लिये अधिकृत करते हैं कि दावे से मिली रकम रु _____ को नीचे दिये विवरण के अनुसार, मेरे बैंक खाते सीधे जमा कर दें।

Account No खाता सं. _____

Bank Name बैंक का नाम _____

Type of Account Savings Bank Current
 खाते का प्रकार बचत खाता चालू
 Overdraft Cash Credit
 ओवरड्राफ्ट केश क्रेडिट

Branch Name _____

शाखा नाम

IFSC Code No _____

IFSC कोड संख्या

Name of the Accountholder _____

खाता धारक का नाम

Any one of the following is applicable

निम्न में से कोई भी लागू है

Attach pre-printed (Name) cancelled cheque
 / पूर्व मुद्रित(नाम) वाली निरस्त चेक

OR / या

Signature of Bank Branch Manager with
 Seal / बैंक की शाखा के हस्ताक्षर मोहर सहित

Sign & Seal / हस्ताक्षर व बैंक मोहर

Designation: _____

Place: _____

I agree that in case of any failure of Direct Credit, for any reason whatsoever, SBIL shall not be responsible. I also agree that SBIL shall not be responsible/liable for any losses that may arise due to incorrect bank account details provided herein above.

मैं स्वीकार करता हूँ कि किसी भी कारण से प्रत्यक्ष क्रेडिट की असफलता की स्थिति में एसबीआईएल जिम्मेदार नहीं माना जाएगा।

मैं ये भी स्वीकार करता हूँ कि यहां पर प्रदान किये गये किसी भी बैंक संबंधी विवरण में त्रुटि के कारण हुई किसी भी हानि के

लिये एसबीआईएल को जिम्मेदार/उत्तरदायी नहीं माना जाएगा।

Signature of the Claimant _____

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

Policy Number _____

पॉलिसी संख्या

Date/ दिनांक: _____

***Disclaimer - Please note that the direct transfer of the Claim proceeds to bank account to be made only if otherwise possible and allowed by banks as per banking regulations, Direct Credit will be possible only if either a cancelled pre-printed cheque leaf is attached or above stated account details are attested by branch manager of the bank where the bank account is being maintained. SBI life will not be responsible and liable for any losses occurring due to incorrect account details provided by Nominee/assignee/trustee.**

अस्वीकरण- कृपया ध्यान दें कि बैंक खाते में दावे की रकम का प्रत्यक्ष अंतरण तभी किया जाएगा जबकि बैंक के द्वारा बैंकिंग नियमों के तहत ऐसा संभव या स्वीकृत होगा, प्रत्यक्ष अंतरण तभी संभव होगा जबकि एक पूर्व मुद्रित निरस्त चेक संलग्न की गयी हो या उपरिलिखित खाता विवरण उस बैंक के शाखा प्रबंधक द्वारा अनुप्रमाणित हो जिसमें ये खाता चल रहा है।एसबीआई लाइफ नामित/पृष्ठांकित/ट्रस्टी द्वारा दी गयी त्रुटि के कारण हुई किसी भी हानि के लिये जिम्मेदार तथा उत्तरदायी नहीं होगा।