

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লঙ্ঘন নকৰাকৈ

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM
দাবীদাৰৰ বক্তব্য- মৃত্যুৰ দাবী
Please fill this form in English/Hindi only
অনুগ্রহ কৰি কেৱল ইংৰাজী বা হিন্দীত প্ৰপত্ৰখন পূৰণ কৰক
**Claimant's photo
(Signed Across)**

দাবীদাৰৰ ফটো

(চহীৰ সৈতে)

Date & Time Stamp

(Office use only)

তাৰিখ আৰু সময়ৰ মোহৰ

(কেৱল কাৰ্য্যক্ষম ব্যৱহাৰৰ

বাবে)

Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch

অনুগ্রহ কৰি তলত উল্লেখিত আৱশ্যকতাসমূহৰ সৈতে প্ৰপত্ৰখন পূৰণ কৰি আটাইতকৈ ওচৰৰ শাখাত দাখিল কৰক

(a) Form to be filled in English/Hindi only

(ক) কেৱল ইংৰাজী বা হিন্দীত প্ৰপত্ৰখন পূৰণ কৰক।

(b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.

(খ) অনুগ্রহ কৰি দাবী আবেদনখন সম্পূৰ্ণ ৰূপে পূৰণ কৰি প্ৰাসংগিক দলিলসমূহৰ মূল বা প্ৰমাণিত ফটোক সৈতে দাখিল কৰক।

(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

(গ) অনুগ্রহ কৰি প্ৰপত্ৰখন পূৰণ কৰোঁতে অক্ষৰবোৰ স্পষ্টকৈ লিখিব আৰু নিশ্চিত কৰক যে সকলোথো সঠিক আৰু পৰিস্ফুট ভাবে প্ৰকাশ কৰা হৈছে। কোনো এটা স্তম্ভও যেন খালি নাৰাখে।

Documents to be submitted <small>দাখিল কৰিবলগীয়া দলিলসমূহ</small>	Non Accidental Death <small>মৃত্যু দুৰ্ঘটনাজনিত নহয়</small>		Accidental Death <small>দুৰ্ঘটনাজনিত মৃত্যু</small>	
	Required <small>আৱশ্যক</small>	Submitted <small>দাখিল কৰা হৈছে</small>	Required <small>আৱশ্যক</small>	Submitted <small>দাখিল কৰা হৈছে</small>
Original Policy Document <small>পলিচীৰ মূল দলিল</small>	Yes হয়		Yes হয়	
Original Death Certificate issued by Local Authority <small>স্থানীয় কৰ্তৃপক্ষই জাৰি কৰা মূল মৃত্যু প্ৰমাণপত্ৰ</small>	Yes হয়		Yes হয়	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque <small>দাবীদাৰৰ বৰ্তমানৰ ঠিকনা, পৰিচয় পত্ৰ, বেংকৰ পাছবুক বা বেংকৰ ষ্টেটমেন্ট বা ক্ৰচড চেক</small>	Yes হয়		Yes হয়	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate <small>মৃত্যু প্ৰমাণপত্ৰৰ চিকিৎসা-আইনী কাৰণৰ প্ৰতিলিপি</small>	Yes হয়		Yes হয়	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) <small>মেডি কেল ৰেকৰ্ড (ভৰ্তি হোৱাৰ টোকা, ডিছাৰ্জ আৰু মৃত্যুৰ সাৰাংশ, টেষ্ট ৰিপ'ৰ্ট ইত্যাদি)</small>	Yes হয়		Yes হয়	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report <small>মৰনোত্তৰ পৰীক্ষাৰ প্ৰতিবেদন আৰু ৰসায়নিক বিশ্লেষণৰ প্ৰতিবেদনৰ প্ৰতিলিপি</small>	No নহয়		Yes হয়	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict <small>এজাহাৰ, পঞ্চনামা ৰিপ'ৰ্ট, ন্যায়িক জন্তৰ ৰিপ'ৰ্ট, আৰক্ষীৰ অক্ৰিম ৰিপ'ৰ্ট বা দণ্ডাধীশৰ বায়ৰ প্ৰতিলিপি</small>	No নহয়		Yes হয়	
Others (Please mention.....) <small>অন্য (অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক.....)</small>				

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

দাবীৰ প্ৰক্ৰিয়া খৰচত সীয়া কৰিবলৈ অনুগ্রহ কৰি প্ৰাসংগিক সহায়ক দলিলসমূহ দাখিল কৰক। অতিৰিক্ত দলিল বা আৱশ্যকতা বিচৰাৰ অধিকাৰ কোম্পানীয়ে সংৰক্ষিত ৰাখিছে।

Signature of the claimant / দাবীদাৰৰ চহী

Please fill this form in English/Hindi only
অনুগ্রহ কৰি (ক) কেৱল ইংৰাজী বা হিন্দীত প্ৰপত্ৰখন পূৰণ কৰক।

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ ল'খন নকৰাকৈ

PARTICULARS OF INSURED: বীমাৰ বিৱৰণ:

Policy No (s): পলিচী নং:	
Date of Birth জন্ম তাৰিখ:	
Gender: লিংগ:	<input type="checkbox"/> Male পুৰুষ <input type="checkbox"/> Female মহিলা
Deceased Name in Full: মৃতকৰ সম্পূৰ্ণ নাম:	
Occupation / Main Duties : জীৱিক/ প্রধান দায়িত্ব:	
Marital Status at time of death মৃত্যুৰ সময়ত বৈবাহিক স্থিতি:	<input type="checkbox"/> Single অবিবাহিত <input type="checkbox"/> Married বিবাহিত <input type="checkbox"/> Divorced বিবাহ বিচ্ছেদ হোৱা <input type="checkbox"/> Widowed বিধবা
Residential Address : ঘৰৰ ঠিকনা:	
Telephone Number ফোন নম্বৰ:	
Mobile Number ম'বাইল নম্বৰ:	

DETAILS OF DEATH: মৃত্যুৰ বিশদ বিৱৰণ:

Date of Death : মৃত্যুৰ তাৰিখ:	
Time of Death : মৃত্যুৰ সময়:	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : মৃত্যুৰ স্থান (মৃত্যুৰ স্থান যেনে চিকিৎসালয়, সংস্থা, ঘৰ ইত্যাদি উল্লেখ কৰক - অৱস্থান আৰু ঠিকনা উল্লেখ কৰক):	
Date and Time of Cremation/ burial : অন্তিম সংস্কাৰ অথবা সমাধিস্থ কৰাৰ তাৰিখ আৰু সময়	
Cause of Death মৃত্যুৰ কাৰণ	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) ডিছ্‌চাৰ্জ অথবা মৃত্যুৰ চমু ক্ৰিৰণৰ প্ৰতিলিপি সংলগ্ন কৰা আছে (হয়/নহয়)

If NO – Please provide the reason যদি নহয়, তেন্তে অনুগ্রহ কৰি কাৰণ বৰ্ণনা কৰক

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

যদি দুৰ্ঘটনাৰ বাবে মৃত্যু হৈছিল, তেন্তে নিম্নোক্তসমূহ প্ৰদান কৰক:

Date of accident : দুৰ্ঘটনাৰ তাৰিখ	
Time of accident : দুৰ্ঘটনাৰ সময়	
Name : নাম Address : তাৰিখ Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged এজাহাৰ দিয়া আৰক্ষী চকীৰ ফোন নং	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed মৰনোত্তৰ পৰীক্ষা কৰাৰ্চকিংসালয়ৰ নাম, ঠিকনা আৰু ফোন নং	
Date of post mortem examination মৰনোত্তৰ পৰীক্ষাৰ তাৰিখ	

Signature of the claimant / দাবীদাৰৰ চহী

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লঙ্ঘন নকৰাকৈ

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

যদি মৃত্যু দুৰ্ঘটনাৰ বাবে নহৈ আন কাৰণৰ বাবে হৈছিল, তেন্তে নিম্নোক্তসমূহ প্ৰদান কৰক:

Nature of illness/ailment বোগ/অসুখৰ প্ৰকৃতি	
Duration of illness/ailment. বোগ/অসুখৰ কালদৈৰ্ঘ্য	From : পৰা : To : পৰ্যন্ত:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. জীৱন বীমাকাৰীৰ বোগৰ লক্ষণ নিৰ্ণয় কৰা আৰু চিকিৎসা কৰা চিকিৎসকৰ চিকিৎসালয়ৰ নাম, ঠিকনা আৰু ফোন নং	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor জীৱন বীমাকাৰীয়ে সাধাৰণতে পৰামৰ্শ লোৱা চিকিৎসক/পৰিয়ালৰ চিকিৎসকৰ নাম, ঠিকনা আৰু ফোন নং	
How Long has deceased been under treatment? মৃতক কিমান দিনৰ পৰা চিকিৎসিত হৈ আছিল?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem যদি মৰনোত্তৰ পৰীক্ষা কৰা হৈছিল, তেন্তে মৰনোত্তৰ পৰীক্ষাৰ তাৰিখ উল্লেখ কৰক	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

যদি আছিল, পূৰ্বৰ বোগৰ ইতিহাস আৰু চিকিৎসাৰ বিৱৰণ -----

(অনুগ্রহ কৰি পূৰ্বৰ চিকিৎসাৰ বিৱৰণৰ প্ৰতিলিপি সংলগ্ন কৰক)

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)

নিযুক্তিৰ বিৱৰণ – পূৰণ কৰা আৱশ্যক যদিহে জীৱন বীমাকাৰী পলিচীৰ কালদৈৰ্ঘ্যৰ যিকোনো সময়ত চাকৰি কৰিছিল

(অনুগ্রহ কৰি নিয়োগকৰ্তাৰ প্ৰমাণপত্ৰ আৰু চিকিৎসাজনিত কাৰণত ছুটি লোৱাৰ মেডি কেল প্ৰমাণপত্ৰ দাখিল কৰক)

Employers Name: নিয়োগকৰ্তাৰ নাম:	
Address : ঠিকনা	
Telephone No of Employer নিয়োগকৰ্তাৰ ফোন নং	
Designation at work place/business কৰ্মস্থলৰ/ ব্যৱসায়ৰ পদবী	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. নিযুক্তিৰ প্ৰকৃতি: কাৰ্মিক / দক্ষ / অদক্ষ / কাৰিকৰী/ কেৰণী/ নিৰীক্ষক/ পৰিচালক / অন্য	
P.F. No. / Employee No / পি. এফ. সংখ্যা কৰ্মচাৰী সংখ্যা	

Details of Other Policies held by the deceased / মৃতকৰ দ্বাৰা আন পলিচীসমূহৰ বিৱৰণ:

Name of Company কোম্পানীৰ নাম	Policy No. পলিচী সংখ্যা	Commencement date আৰম্ভ তাৰিখ	Sum Assured বীমা ধনৰ পৰিমাণ	Have you received the claim amount আপুনি দাবী কৰা ধন প্ৰাপ্ত কৰিলেনে

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

টোকা: এই প্ৰপত্ৰত থকা স্থান পূৰ্ণ নহ'লে আপুনি পৃথক পৃষ্ঠা ব্যৱহাৰ কৰিব পাৰিব

Signature of Claimant/দাবীদাৰৰ চহী

WITHOUT PREJUDICE / কে নো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ ল'খন নকৰাকৈ

CLAIMANT(S) Details / দাবীদাৰৰ বিৱৰণ

Claimant Name in Full দাবীদাৰৰ সম্পূৰ্ণ নাম	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) দাবীদাৰৰ ঠিকনা (অনুগ্রহ কৰি ঘৰৰ ঠিকনাৰ প্ৰমাণ হিচাবে উল্লেখ কৰা যিকোনো এখন দলিল সংলগ্ন কৰে যেন)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill ফোন বিল <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook বেংক একাউন্ট ষ্টেটমেন্ট বেংক পাছবুক <input type="checkbox"/> Electricity Bill বিদ্যুৎ বিল <input type="checkbox"/> Ration Card বেচন কৰ্ড <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority মান্যতা প্ৰাপ্ত কে নো নাগৰিক কৰ্তৃস্থানীয় ব্যক্তিৰ পত্ৰ <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months যোৱা ৩ মাহৰ ভাড়া বাট দৰ সৈতে বৈধ লিখ চুক্তিৰ দলিল <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence ঘৰৰ ঠিকনাৰ প্ৰমাণ হিচাবে নিয়োগকৰ্তৰ প্ৰমাণপত্ৰ
Telephone No. : ফোন নং	
Mobile No. :ম'বাইল নং	
Relationship with the Life Assured : বীমাকৰ্মীৰ সৈতে সম্পৰ্ক	
Date of Birth : জন্ম তাৰিখ	
Occupation জীৱিকা	<input type="checkbox"/> Service চাকৰি <input type="checkbox"/> Business ব্যৱসায় <input type="checkbox"/> Housewife গৃহিণী <input type="checkbox"/> Self Employed আত্ম-সংস্থাপিত <input type="checkbox"/> Others অন্য If Others(Please specify) _____ যদি অন্য (অনুগ্রহ কৰি বৰ্ণনা কৰক)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof অনুগ্রহ কৰি দাবীদাৰৰ ফটোৰ সৈতে পৰিচয় পত্ৰৰ প্ৰতিলিপি সংলগ্ন কৰক	<input type="checkbox"/> Passport পাছপোর্ট <input type="checkbox"/> PAN Card পেন কাৰ্ড <input type="checkbox"/> Voter Identity Card ভোটাৰ পৰিচয় পত্ৰ <input type="checkbox"/> Driving License ড্ৰাইভিং লাইচেন্স <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority মান্যতা প্ৰাপ্ত কে নো নাগৰিক কৰ্তৃস্থানীয় ব্যক্তিৰ পত্ৰ <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official এচ বি আই লাইফৰ অফিচীৰ দ্বাৰা প্ৰমাণিত দাবীদাৰৰ ফটো
Nature of title to the policy monies পলিচীৰ ধনৰ শিৰোনামৰ প্ৰকৃতি	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others প্ৰস্তাৱকৰ্মী/মনোনীত ব্যক্তি/প্ৰতি নিধি/অন্য

BANK DETAILS OF THE CLAIMANTS (Please enclose a copy of Bank Pass Book) দাবীদাৰৰ বেংকৰ বিৱৰণ (অনুগ্রহ কৰি বেংক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি সংলগ্ন কৰক)

Name of Bank বেংকৰ নাম	
Branch Code Number শাখা কোড নং	
IFSC Code No IFSC কোড নং	
Account Number একাউন্ট নম্বৰ	
Address of bank বেংকৰ ঠিকনা	

 Signature of Claimant/দাবীদাৰৰ চহী

WITHOUT PREJUDICE / কেনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লগন নকৰাকৈ

CLAIMANT'S DECLARATION/ দাবীদাৰৰ ঘোষণা

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.

মই, _____, ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা আৰু নিশ্চিত কৰিছো যে মই মৃতকৰ নাযাদাবীদাৰ আৰু ওপৰত উল্লেখ কৰাৰত থাদমূহ প্ৰত্যেক ক্ষেত্ৰতে সত্য আৰু সম্পূৰ্ণ।

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.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা কৰ্তৃত্ব প্ৰদান কৰিছো যে বীমাকৰ্মীৰ কেনো ৰোগ বা অসুস্থতাৰ বাবে পৰীক্ষা বা চিকিৎসা কৰা যি কোনো মেডিকেল প্ৰেক্টিচনাৰ, চিকিৎসালয়, নাৰ্চিং হোম বা মেডি কেৰে ক্লিনিকে বীমা কৰাৰ আগতে বা পিছত আহৰণ কৰা বীমাকৰ্মীৰ স্বাস্থ্যৰ স্থিতিৰ বিষয়ে যিকোনো জ্ঞান বা তথ্য এচ বি আই লাইফ ইন্সিওৰেঞ্চ কো: লি:, ইয়াৰ পদাধিকৰীসকলক বা কৰ্তৃত্বশীল প্ৰতিনিধিসকলক, আইনৰ আদালতক বা অভিযোগ প্ৰতিকাৰ মঞ্চৰ আগত প্ৰকাশ কৰিব পাৰিব। মই নিশ্চিত কৰিছো যে এই কৰ্তৃত্ব অপৰিৱৰ্তনশীল আৰু বৈধ, এই অপৰিৱৰ্তনশীলতা আৰু বৈধতাকোনো আইন, পৰম্পৰা বা ব্যৱহাৰৰ পৰিপ্ৰেক্ষিতত কিছু সময়ৰ বাবে কোনো চিকিৎসক বা চিকিৎসালয়ক গোপনীয়তাৰ স্বাভাৱত তেওঁ বা সিহঁতে পৰিচৰ্যা বা চিকিৎসা কৰোতে আহৰণ কৰা কোনো জ্ঞান বা তথ্য প্ৰকাশ নকৰিবলৈ বন্ধা হোৱা স্বত্বেও প্ৰযোজ্য হ'ব।

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.

ইয়াৰ ওপৰিও, মই কেনো বীমা কোম্পানী, চৰকাৰীসংগঠন, নিয়োগকৰ্তা, আন সংগঠন, সংস্থা বা ব্যক্তিক এচ বি আই লাইফ ইন্সিওৰেঞ্চ বা ইয়াৰ কৰ্তৃত্বশীল প্ৰতিনিধিক মৃতকৰ কেনো ৰেকৰ্ড বা জ্ঞান দিবলৈ কৰ্তৃত্ব দান কৰিছো। মই নিশ্চিত কৰিছো যে এই তথ্যসমূহত কেনো সীমা আৰোপ নকৰাকৈ মৃতকৰ স্বাস্থ্য (ইয়াত মাদক দ্ৰব্যৰ ব্যৱহাৰ আৰু সুৰাপান, এইডচ বা মানসিক আৰু শাৰীৰিক ইতিহাস, অৱস্থা, পৰামৰ্শ বা চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব পাৰে), আয় বা বীমাৰ পৰা হোৱা আন লাভালাভ, য'ত বীমাকৰ্মীৰ একাউন্টৰ ছিব-নিকাচ সম্পৰ্কীয় তথ্যও অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব পাৰে, বিষয়ে তথ্য অন্তৰ্ভুক্ত থাকিব পাৰিব।

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.

মই ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰিছো যে উপৰোক্ত কৰ্তৃত্বসমূহ প্ৰদান কৰিবলৈ মোৰ অধিকাৰ আছে। মই এচ বি আই লাইফ ইন্সিওৰেঞ্চ কো: লি: বা ইয়াৰ কেনো কৰ্তৃত্ব প্ৰাপ্ত প্ৰতিনিধিক সহায় কৰিবলৈ সক্ষমতা প্ৰকাশ কৰিছো যাতে এই দাবীটো মূল্যায়ন কৰাৰত কোম্পানীক সহায় কৰিবলৈ কোনো তথ্য বা আন কোনো তথ্য সংগ্ৰহ কৰিব পাৰে আৰু আগলৈ এই দাবী মূল্যায়ন কৰিবলৈ যি কোনো ধৰণেৰে এই তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিব পাৰে।

Name of Witness / সাক্ষীৰ নাম

Signature/ চহী

Address / ঠিকনা

Tel No/Mob No / ফোন নং / ম'বাইল নং

Name in Block Letters: _____

নাম (বৰফলাত)

Signature/ Thumb Impression of the claimant: _____

চহী / দাবীদাৰৰ হাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ

Place: _____

স্থান:

Date: _____

তাৰিখ

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লঙ্ঘন নকৰাকৈ

VERNACULAR DECLARATION / স্থানীয় ভাষাত ঘোষণা:

(The above Declaration is to be given if claim form is signed in vernacular or if the claimant has used thumb impression instead of signature.)

যদি দাবী প্রপত্রত স্থানীয় ভাষাত চহী কৰা হয় বা দাবীদাৰে চহীৰ পৰিৱৰ্তে বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ ব্যৱহাৰ কৰে তেতিয়াহে উপৰোক্ত ঘোষণাৰ প্ৰয়োজন হ'ব।

I have explained the contents of this claim form to the claimant in _____ (language) and ensured that the contents have been fully understood by him/her. I have accurately recorded the claimant's responses to the information sought in the claim form. I have read out the responses to the claimant and he/she has confirmed that they are correct and affixed his/her thumb impression after fully understanding the same.

মই দাবীদাৰক এই দাবী পপত্ৰৰ অন্তৰ্বস্ত ----- ভাষাত বৰ্ণনা কৰিছো আৰু নিশ্চিত হ'লো যে তেওঁ এই অন্তৰ্বস্তৰ বিষয়ে সম্পূৰ্ণকৈ বুজিব পাৰিছে। মই এই পপত্ৰত বিচৰা তথ্যৰ প্ৰতি দাবীদাৰৰ সঁহাৰি নিৰ্ভুল ভাবে ৰেকৰ্ড কৰিছো। মই সঁহাৰিসমূহ দাবীদাৰক পঢ়ি শুনাইছো আৰু তেওঁ নিশ্চিত কৰিছে যে এইবোৰ শুদ্ধ আৰু তেওঁ এইবোৰ সম্পূৰ্ণ ৰূপে বুজি উঠাৰ পিছত নিজৰ বুঢ়া আঙুলিৰ চাপ দিছে।

Name of the Declarant: _____

ঘোষণাকৰ্তাৰ নাম

Address: _____

ঠিকনা

Signature of the Declarant: ঘোষণাকৰ্তাৰ চহী

Place / স্থান: _____

Date / তাৰিখ _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / তলত দিয়া যিকোনো এজন সাক্ষী /ঘোষণাকৰ্তা অৱশ্যই হ'ব লাগিব

Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd. Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd Advocate Bank Manager Magistrate
 এচ বি আই লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী-ৰ এজেণ্ট এচ বি আই লাইফ ইন্সুৰেন্স কোম্পানী-ৰ ইউনিট মেনেজাৰ অধিবক্তা বেংক মেনেজাৰ দণ্ডীশ

Block Development Officer Commissioner of Oaths Gazetted officer President of Panchayat Head postmaster Head master of School
 বণ্ড বিকাশ অধিকাৰী শপত অম্বুস্ত-ৰাজপত্ৰিত বিষয়া পঞ্চায়তৰ সভাপতি প্ৰধান পোষ্টমাষ্টাৰ বিদ্যালয়ৰ প্ৰধান শিক্ষক

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / টেক: কোনো বিবাদ উৎপন্ন হ'লে, ইংৰাজী সংস্কৰণ বৈধ হ'ব।

This printed form is issued on receipt of notice of death claim এই মুদ্ৰিত প্ৰপত্ৰখন মৃত্যু দাবী প্ৰাপ্ত হ'লে জাৰি কৰা হয়।

To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) মনোনীত ব্যক্তি(সকল) বা ন্যাসক(সকল)ৰ দ্বাৰা পূৰণ হ'ব লাগিব।

Acceptance of forms does not amount to admission of claim. This form is issued only for the limited purpose of assessment of claim about its admissibility or otherwise এই পপত্ৰৰ গ্ৰহণে দাবী স্বীকাৰ কৰাতো নুবুজাই। এই পপত্ৰখন দাবী স্বীকাৰ বা আন কোনো কৰণত কেৱল দাবী মূল্যায়নৰ সীমিত উদ্দেশ্যৰ অৰ্থে জাৰি কৰা হৈছে।

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT SLIP: for Office use only – to be handed over to Customer after receiving Claim Intimation

গ্ৰাহকৰ প্ৰাপ্তিস্বীকাৰৰ ৰচিদ কেৱল কাৰ্যালয়ৰ ব্যৱহাৰৰ বাবে - দাবী সূচনা লাভ কৰাৰ পিছত গ্ৰাহকক দিব লাগিব।

Policy Number/s পলিচী সংখ্যা(সমূহ)											
Name of Claimant দাবীদাৰৰ নাম											
Branch Name শাখাৰ নাম											

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
তাৰিখ আৰু সময় স্ৰাভ
(প্ৰাপ্ত কৰা অধিকাৰীৰ চহী)

Documents submitted(Tick against Documents received) দাখিল কৰা দলিলসমূহ (প্ৰাপ্ত কৰা দলিলৰ বিপৰিতে টিক চিন দিয়ক)	<input type="checkbox"/> Original Policy Document received for policy numbers পলিচী সংখ্যাৰ বাবে মূল পলিচী দলিল	Medical Records/ মেডিকেল ৰিপ'ৰ্ট
	<input type="checkbox"/> Original Death Certificate issued by Local Authority স্থানীয় কৰ্তৃপক্ষ ইজাৰি কৰা মূল মৃত্যু প্ৰমাণপত্ৰ	Post Mortem Report/ মৰনোত্তৰ পৰীক্ষাৰ ৰিপ'ৰ্টৰ প্ৰতিলিপি
	<input type="checkbox"/> Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque বৰ্তমান ঠিকনা, ফটো পৰিচয় পত্ৰৰ সাক্ষী, বেংক পাছবুক, বেংকৰ ষ্টেটমেণ্ট/ক্ৰ'চড চেক	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report এজাহাৰ/ন্যায়িক তন্ত্ৰৰ ৰিপ'ৰ্ট /পঞ্চনামা ৰিপ'ৰ্টৰ প্ৰতিলিপি
	<input type="checkbox"/> Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate মৃত্যু প্ৰমাণপত্ৰৰ চিকিৎসা-আইনী কৰণৰ প্ৰতিলিপি	Cancelled Cheque(For Direct Credit) বাতিল কৰা চেক (পোনপটীয়া ক্ৰেডিটৰ বাবে)

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লংঘন নকৰাকৈ

Authorization

অনুমোদন

(To be signed by the claimant)

(দাবীদাৰৰ দ্বাৰা সাক্ষৰিত)

To,
প্রতি,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____

মই, শ্ৰী, শ্ৰীমতী _____ (নাম)

(Relation) of Mr. /Ms. _____ (name of the Deceased Life

Assured) hereby give my consent to SBI Life Insurance Co. Ltd., and/or its representative

শ্ৰী, শ্ৰীমতী ----- (বীমাকৰ্মী মৃতকৰ নাম) কা ----- (সম্বন্ধ) ইয়াৰ দ্বাৰা এচ বি আইলাইফ

ইঞ্চি এৰেঞ্চ কো: লি: বা ইয়াৰ কৰ্তৃত্ব প্ৰাপ্ত প্ৰতিনিধিক

to obtain (including photocopies) all the employment/medical/hospital records/other

স্বগীয় শ্ৰী, শ্ৰীমতী ----ৰ চিকিৎসা সম্পৰ্কীয় সকলো নিযুক্তি, মেডিকেল, চিকিৎসালয় ৰেকৰ্ড, অন্যান্য ৰেকৰ্ড, তথ্য সন্নিহিত (প্ৰতিলিপিৰ সৈতে)

Records/information pertaining to the treatment of Late Mr. /Ms _____

কৰিবলৈ অনুমতি প্ৰদান কৰিছো।

Yours faithfully,

আপোনাৰ বিশ্বাসী,

Signature of the claimant

দাবীদাৰৰ চহী

Name of the claimant: _____

দাবীদাৰ নাম

Policy No. _____

পলিচী সংখ্যা

Date: _____

তাৰিখ

WITHOUT PREJUDICE / কোনো ব্যক্তিৰ অধিকাৰ লঙ্ঘন নকৰাকৈ

Direct Credit Mandate / পোনপটীয়া ক্রেডিটৰ নিৰ্দেশ

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:

মই, আমি _____ (মনোনীত ব্যক্তি, প্রতিনিধি, ন্যাসৰক্ষকৰ নাম) ইয়াৰ দ্বাৰা এচ বি আই লাইফ ইঞ্চিৱেৰঞ্চ কে: লি:-ক দানী ধন টকা:----- মোৰ বেংকৰ একাউন্টত পোনটীয়ালৈ ক্রেডিট কৰিবলৈ অনুমতি দিছো, তলত ইয়াৰ বিৱৰণ দিয়া হৈছে।

Account No একাউন্ট নং _____

Bank Name বেংকৰ নাম _____

 Type of Account একাউন্টৰ প্ৰকাৰ
 Savings Bank সঞ্চয় একাউন্ট
 Current কাৰেণ্ট একাউন্ট
 Overdraft অ'ভাৰ ড্ৰাফ্ট
 Cash Credit কেশ্ব ক্রেডিট

Branch Name শাখাৰ নাম _____

IFSC Code No IFSC কোড নং _____

Name of the Accountholder একাউন্ট ধাৰীৰ নাম _____

Any one of the following is applicable

তলৰ যি কোনো এটা প্ৰযোজ্য হ'ব

 Attach pre-printed (Name) cancelled cheque
 পূৰ্ব মূদ্ৰিত (নাম) বাতিল কৰা চেক সংলগ্ন কৰক

OR / বা

 Self Attested Copy of Bank Passbook/
 Statement/ স্ব প্ৰমাণিত বেংক পাছবুকৰ প্ৰতিলিপি/বেংক ষ্টেটমেন্ট

OR / বা

 Signature of Bank Branch Manager with Seal / বেংক
 মেনেজাৰৰ মোহৰৰ সৈতে চহী

Sign & Seal / চহী আৰু মোহৰ

 Designation: _____ Place: _____
 পদবী স্থান:

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.

মই স্বীকাৰ কৰিছো যে যি কোনো কাৰণৰ বাবে পোনপটীয়া ক্রেডিট বিফল হ'লে SBIL দায়ী নহ'ব। মই আৰু স্বীকাৰ কৰিছো যে ওপৰত দিয়া বেংক একাউন্টৰ বিৱৰণ সঠিক নোহোৱাৰ বাবে কোনো ক্ষতি হ'লে SBIL দায়ী বা দায়বদ্ধ নহ'ব।

 Signature of the Claimant _____
 দাবীদাৰৰ চহী

 Policy Number _____
 পলিচী নং

Date/ তাৰিখ _____

*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.

অস্বীকাৰকৰণ- অনুগ্রহ কৰি মন কৰিব যে বেংকৰ একাউন্টলৈ দাবী ধনৰ পোনপটীয়া স্থানান্তৰণ তেতিয়াহে কৰিব পাৰি যদি ই বেংকৰ নিয়মাৱলীৰ দ্বাৰা সম্ভৱ হয়, পোনপটীয়া ক্রেডিট সম্ভৱ হ'ব যেতিয়া এখন পূৰ্ব মূদ্ৰিত বাতিল কৰা চেক বা বেংক একাউন্টটো থকা বেংকৰ শাখা মেনেজাৰে ওপৰত উল্লেখ কৰা একাউন্টৰ বিৱৰণ প্ৰমাণিত কৰে। মনোনীত, প্ৰতিনিধি বা ন্যাসৰক্ষকে প্ৰদান কৰা অস্বীকাৰ একাউন্ট বিৱৰণৰ বাবে ক্ষতি হ'লে SBI লাইফ দায়ী বা দায়বদ্ধ নহ'ব।