

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

Claimant's photo
(Signed Across)
দাবিদারের ফটো
(হস্তাক্ষর যুক্ত)

Date & Time Stamp
(Office use only)
তারিখ এবং সময়ের স্ট্যাম্প
(কেবল কার্যালয়ে
ব্যবহারের জন্য)

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

দাবিদারের প্রতিবেদন-মৃত্যুর দাবি

Please fill this form in English/Hindi only
দয়া করে এই ফর্মটি কেবল ইংরাজি/হিন্দিতে পূরণ করুন

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

দয়া করে নীচে উল্লিখিত প্রয়োজনীয়তাবলি সহ এই ফর্মটি নিকটবর্তী শাখায় জমা দিন

- (a) Form to be filled in English/Hindi only / (ক) ফর্ম কেবল ইংরাজি/হিন্দিতেই পূরণ করুন
(b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(খ) দয়া করে দাবির আবেদন ফর্ম সমস্ত কিছু পূরণ করে এবং প্রয়োজনীয় কাগজের মূল অথবা প্রতিলিপি নকল সহ উপস্থিত করুন।
(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) দয়া করে ফর্ম স্পষ্ট করে পূরণ করুন এবং সমস্ত ঘোষিত তথ্য সঠিক এবং স্পষ্ট তা নিশ্চিত করুন। কোনও কলাম খালি ছাড়বেন না।

Documents to be submitted যে নথিগুলি জমা দিতে হবে	Non Accidental Death দুর্ঘটনাজনিত কারণে নয় এমন মৃত্যু		Accidental Death দুর্ঘটনাজনিত কারণে মৃত্যু	
	Required আবশ্যিক	Submitted জমা দেওয়া	Required আবশ্যিক	Submitted জমা দেওয়া
Original Policy Document মূল পলিসির নথি	Yes হ্যাঁ		Yes হ্যাঁ	
Original Death Certificate issued by Local Authority স্থানীয় কর্তৃপক্ষ দ্বারা ইস্যু করা প্রমাণ পত্রের মূল মৃত্যু শংসাপত্র	Yes হ্যাঁ		Yes হ্যাঁ	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque দাবিকারীর বর্তমান ঠিকানা, পরিচয় পত্র, ব্যাংক পাসবুক/ব্যাংক প্রতিবেদন/ক্রস করা চেক	Yes হ্যাঁ		Yes হ্যাঁ	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate মেডিকো লিগ্যালের মৃত্যুকালীন শংসাপত্রের প্রতিলিপি	Yes হ্যাঁ		Yes হ্যাঁ	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) মেডিক্যাল রেকর্ড (ভর্তির নোট/ মৃত্যুর সারাংশ, টেস্ট রিপোর্ট, ইত্যাদি)	Yes হ্যাঁ		Yes হ্যাঁ	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report পোস্ট মর্টেম/রাসায়নিক বিশ্লেষণের প্রতিবেদনের কপি	No না		Yes হ্যাঁ	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict এফআইআর/পঞ্চনামা রিপোর্ট/পুলিশের শেষ রিপোর্ট/ম্যাজিস্ট্রেটের রায়ের প্রতিলিপি, ইনকোয়েস্ট রিপোর্ট	No না		Yes হ্যাঁ	
Others (Please mention.....) অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন.....)				

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

দাবিকে দ্রুততার সাথে প্রক্রিয়াকরণের জন্য দয়া করে সহায়ক নথি জমা দিন। সংস্থার অতিরিক্ত নথি/প্রয়োজনীয়তাবলি চাওয়ার অধিকার রক্ষণ করে।

Signature of the claimant / দাবিকারীর স্বাক্ষর

Please fill this form in English/Hindi only
এই ফর্মটি দয়া করে ইংরাজি/হিন্দিতে পূরণ করুন

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

PARTICULARS OF INSURED: বিমাকৃত ব্যক্তির বিবরণ:

Policy No (s): পলিসি সংখ্যা:	
Date of Birth জন্মের তারিখ	
Gender: লিঙ্গ:	<input type="checkbox"/> Male পুরুষ <input type="checkbox"/> Female মহিলা
Deceased Name in Full: মৃতের সম্পূর্ণ নাম:	
Occupation / Main Duties : পেশা/প্রধান দায়িত্ব	
Marital Status at time of death মৃত্যুর সময় বৈবাহিক স্থিতি:	<input type="checkbox"/> Single একা <input type="checkbox"/> Married বিবাহিত <input type="checkbox"/> Divorced বিবাহ বিচ্ছিন্না <input type="checkbox"/> Widowed বিধবা/বিপল্লীক
Residential Address : বাড়ির ঠিকানা:	
Telephone Number ফোন নম্বর:	
Mobile Number মোবাইল নম্বর:	

DETAILS OF DEATH: মৃত্যু সম্বন্ধে বিবরণ

Date of Death : মৃত্যুর তারিখ	
Time of Death : মৃত্যুর সময়	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : মৃত্যুর স্থান (মৃত্যুর স্থান বলুন, যেমন হাসপাতাল/প্রতিষ্ঠান/বাড়ি-জায়গার নাম ও ঠিকানা বলুন)	
Date and Time of Cremation/ burial : শেষকৃত্য / কবর দেওয়ার তারিখ এবং সময়	
Cause of Death মৃত্যুর কারণ	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) ডিসচার্জ/ মৃত্যুর সারাংশের প্রতিলিপি সংযুক্ত (হ্যাঁ/না)

If NO – Please provide the reason যদি না হয় তবে - দয়া করে কারণ লিখুন _____

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

যদি মৃত্যুর কারণ দুর্ঘটনা হয় তবে নিম্নলিখিত প্রদান করুন:

Date of accident : দুর্ঘটনার তারিখ	
Time of accident : দুর্ঘটনার সময়	
Name : নাম Address : ঠিকানা Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged যে থানায় এফআইআর হয়েছে তার টেলিফোন নং	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed যে হাসপাতালে পোস্টমর্টেম হয়েছে তার নাম, ঠিকানা ও টেলি নং	
Date of post mortem examination পোস্টমর্টেম পরীক্ষার তারিখ	

 Signature of the claimant / দাবিকারীর স্বাক্ষর

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

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

যদি মৃত্যুর কারণ দুর্ঘটনা না হয়ে অন্য কিছু হয় তবে, দয়া করে নিম্নলিখিতগুলি প্রদান করুন:

Nature of illness/ailment রোগ/অসুস্থতার প্রকৃতি	
Duration of illness/ailment. রোগ/অসুস্থতার সময়কাল	From : থেকে : To : অবধি:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. যে চিকিত্সক/হাসপাতাল বিমাকৃত ব্যক্তির রোগ নির্ণয় এবং চিকিত্সা করেছিল তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নং	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor জীবন বীমাকৃত ব্যক্তির সাধারণ/পারিবারিক চিকিত্সকের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর	
How Long has deceased been under treatment? মৃত ব্যক্তি কতদিন ধরে চিকিত্সা করছিলেন?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem পোস্টমর্টেম করা হয়ে থাকলে তার তারিখ	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers) (রোগের পূর্ব ইতিহাস, যদি কিছু থেকে থাকে তবে তার চিকিত্সার বিবরণ দিন
(রোগের পূর্ব ইতিহাস যদি কিছু থেকে থাকে তবে তার চিকিত্সার বিবরণ দিন- (দয়া করে পুরানো চিকিত্সার নথি জমা দিন)

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)

নিয়োগ সংক্রান্ত বিবরণ - যদি বীমাকৃত পলিসি চলাকালীন কখনও কর্মরত ছিলেন তাহলে পূরণ করুন

(দয়া করে নিয়োগের প্রমাণপত্র এবং চিকিত্সার কারণে ছুটি নেওয়ার জন্য প্রস্তুত মেডিক্যাল প্রমাণপত্রের প্রতিলিপি যুক্ত করুন)

Employers Name: নিয়োগকারীর নাম Address : ঠিকানা	
Telephone No of Employer নিয়োগকারীর ফোন নম্বর	
Designation at work place/business কর্মস্থান/ব্যবসায়ের পদ	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. নিয়োগের প্রকৃতি: ম্যানুয়াল/দক্ষ/অদক্ষ/প্রযুক্তি/করণিক/সুপারভাইজারি/পরিচালন স্বর/অন্যান্য	
P.F. No. / Employee No / পি. এফ নং/ কর্মচারীর নং	

Details of Other Policies held by the deceased / মৃত ব্যক্তির গৃহীত অন্যান্য বীমা পলিসি:

Name of Company সংস্থার নাম	Policy No. পলিসি নং	Commencement date শুরুর তারিখ	Sum Assured বিমাকৃত রাশি	Have you received the claim amount আপনার দাবিকৃত রাশি কি আপনি পেয়েছেন

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

নোট: যদি ফর্মে দেওয়া জায়গা এখানে পর্যাপ্ত না হয় তবে আপনি আলাদা করে একটি সাদা কাগজ ব্যবহার করতে পারেন

Signature of the claimant / দাবিকারীর স্বাক্ষর

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

CLAIMANT(S) Details / দাবিকারীর বিবরণ

Claimant Name in Full দাবিকারীর সম্পূর্ণ নাম	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) দাবিকারীর ঠিকানা (দয়া করে এগুলির মধ্যে কোনও একটি কাগজে বাড়ির ঠিকানা প্রমাণপত্ররূপে জমা দিন)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill টেলিফোন বিল <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook ব্যাংক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট/ব্যাংক পাসবুক <input type="checkbox"/> Electricity Bill বিদ্যুতের বিল <input type="checkbox"/> Ration Card রেশন কার্ড <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority অনুমোদিত জন আধিকারিকের কাছ থেকে পত্র <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months বৈধ লিজ চুক্তির সাথে সাম্প্রতিক তিন মাসের ভাড়ার রসিদ <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence বাড়ির ঠিকানার সাথে সম্পর্কে নিয়োগকর্তার প্রমাণপত্র
Telephone No. : টেলিফোন নম্বর	
Mobile No. : মোবাইল নম্বর	
Relationship with the Life Assured : বিমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	
Date of Birth : জন্মতারিখ	
Occupation পেশা	<input type="checkbox"/> Service চাকরী <input type="checkbox"/> Business ব্যবসায় <input type="checkbox"/> Housewife গৃহবধু <input type="checkbox"/> Self Employed স্ব-উপার্জন <input type="checkbox"/> Others অন্যান্য If Others(Please specify) _____ যদি অন্যান্য হয় (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন) _____
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof অনুগ্রহ করে দাবিকারীর সচিত্র পরিচয় পত্রের প্রতিলিপি জমা করুন	<input type="checkbox"/> Passport পাসপোর্ট <input type="checkbox"/> PAN Card প্যান কার্ড <input type="checkbox"/> Voter Identity Card ভোটার সনাক্তকরণের কার্ড <input type="checkbox"/> Driving License ড্রাইভিং লাইসেন্স <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority অনুমোদিত জন আধিকারিকের থেকে পত্র <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official দাবিকারীর ফটো এসবিআই লাইফ আধিকারিক দ্বারা শংসিত
Nature of title to the policy monies পলিসির অর্থের প্রকৃতি	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others প্রস্তাবকারী/নমিনি/পূর্তাক্ত/অন্যান্য

 Signature of Claimant / দাবিকারীর স্বাক্ষর

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

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

দাবিকারীর ব্যাংকের বিবরণ (দয়া করে ব্যাংক পাসবুকের একটি প্রতিলিপি যুক্ত করুন)

Name of Bank	ব্যাংকের নাম
Branch Code Number	শাখার কোড নম্বর
IFSC Code No	IFSC কোড নম্বর
Account Number	অ্যাকাউন্ট নম্বর
Address of bank	ব্যাংকের ঠিকানা

CLAIMANT'S DECLARATION / দাবিকারীর 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. আমি, _____ এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি মৃত ব্যক্তির অনুমোদিত দাবিকারী এবং এখানে সরবরাহিত সমস্ত বক্তব্য সমস্ত ক্ষেত্রে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

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 আমি এতদ্বারা অনুমোদন দিচ্ছি যে কোনও মেডিকেল প্র্যাকটিশনার বা হাসপাতাল বা নার্সিং হোম বা মেডিক্যাল ক্লিনিং অথবা যেখানে বীমাকৃত বা কোনও রোগ বা অসুখের পরীক্ষা করা হয়েছে বা তার দেখাশুনা বা চিকিত্সা করা হয়েছে বা জীবন বীমা পলিসির নেওয়ার আগে বা পরে বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কোনও জ্ঞান বা তথ্য যা তিনি/তারা পেয়েছেন, এসবিআই জীবন বিমা কোম্পানি লিমিটেড, এর কোনও অফিস বা অনুমোদিত প্রতিনিধি, আদালত, যা কোনও অভিযোগ নিবারণের ফোরামে জানাতে পারেন। আমি এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে এই অনুমোদন দানের প্রক্রিয়াটি অপরিবর্তনীয় এবং কিছু সময়ের জন্য কোনও আইন, প্রথা বা ব্যবহারের সত্ত্বেও কোনও চিকিত্সক বা হাসপাতালের কাছে বীমাকৃত ব্যক্তির চিকিত্সা বা দেখাশুনা করার কারণে এটির সাথে সম্পর্কিত কোনও জ্ঞান অথবা তথ্য, যা তার কাছে রয়েছে সেটি গোপনীয়তার ভিত্তিতে নিষিদ্ধ করতে পারে।

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. এছাড়াও, আমি এতদ্বারা কোনও বীমা সংস্থা, সরকারী সংস্থা, নিয়োগকর্তা, অন্যান্য সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা ব্যক্তিকে অনুমোদন দিচ্ছি যে এসবিআই জীবন বীমা সংস্থা লিমিটেড তার উপযুক্ত অনুমোদিত প্রতিনিধির মৃত ব্যক্তির সম্পর্কে কোনও তথ্য বা রেকর্ড দিতে পারে। আমি এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে এ জাতীয় তথ্য কোনও সীমা ব্যতীত মৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্য (ততসহ নিষিদ্ধ ওষুধ বা অ্যালকোহল গ্রহণ, এডস বা মানসিক বা শারীরিক ইতিহাস, অবস্থা, পরামর্শ বা চিকিত্সা) সম্পর্কিত তথ্য সহ আয় বা অন্য বীমা লাভ এবং বিমাকৃত ব্যক্তির অ্যাকাউন্ট সম্পর্কে যে কোনও তথ্য দিতে পারে।

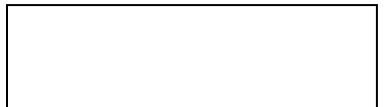
I hereby declare that I am entitled to make the above authorizations. I also agree to render help to SBI Life Insurance Co Ltd or its duly authorized representatives to gather the said information or any information that may help the company to assess this claim and to use the information in whatever manner as may be deemed to be fit to assess this claim further. আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে আমি উপরোক্ত অনুমোদনগুলি দানে ক্ষমতাপ্রাপ্ত। আমি এসবিআই জীবন বীমা সংস্থা লিমিটেড বা এর উপযুক্ত অনুমোদিত প্রতিনিধির দাবির মূল্যায়ন করতে সংস্থার জন্য সহায়ক উপরিউল্লিখিত ঘোষণা বা অন্য কোনও তথ্য সংগ্রহে আর এই দাবির মূল্যায়ন করতে যে কোনও ধরণের তথ্য সরবরাহে সহায়তা প্রদান করব।

Name of Witness / সাক্ষীর নাম

 Signature/ স্বাক্ষর

 Address / ঠিকানা

 Tel No/Mob No /টেলিফোন নম্বর/মোবাইল নম্বর

Name in Block Letters: _____
 নাম
 Signature/ Thumb Impression of the claimant:
 দাবিকারীর স্বাক্ষর / আঙুলের ছাপ: 
 Place: _____ Date: _____
 স্থান: _____ তারিখ: _____

WITHOUT PREJUDICE / **বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে**

VERNACULAR DECLARATION / স্থানীয় ভাষায় 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.)

(নিম্নলিখিত ঘোষণা তখনই করতে হবে যখন দাবির ফর্ম দাবিকারী কোনও স্থানীয় ভাষায় হস্তাক্ষর করেছে যা হস্তাক্ষরের পরিবর্তে আঙ্গুলের ছাপ দিয়েছে)

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.

আমি দাবিকারীর কাছে _____ (ভাষায়) এই দাবি ফর্মের বিষয়বস্তুকে ব্যাখ্যা করেছি এবং নিশ্চিত করেছি যে বিষয়বস্তুটি সে সম্পূর্ণরূপে বুঝেছে। আমি নির্ভুলভাবে দাবিকারীর প্রতিক্রিয়া দাবি ফর্মের তথ্যে দেখা প্রতিক্রিয়ায় রেকর্ড করেছি। আমি দাবিকারীর কাছে প্রতিক্রিয়াটি পড়েছি এবং সে নিশ্চিত করেছে যে এগুলি সঠিক এবং সম্পূর্ণ বুঝে আঙ্গুলের ছাপ দিয়েছে।

Name of the Declarant: _____

ঘোষকের নাম

Address: _____

ঠিকানা

Signature of the Declarant: **ঘোষকের স্বাক্ষর**

Place / স্থান: _____ Date / তারিখ: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / এর মধ্যে কোনও এক ব্যক্তির সাক্ষ্য/ঘোষণা প্রয়োজন

Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd. Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd Advocate Bank Manager Magistrate
 এমবি আই জীবন বীমা সংস্থার এজেন্ট এমবি আই জীবন বীমা সংস্থার ইউনিট ম্যানেজার অ্যাডভোকেট ব্যাংক ম্যানেজার ম্যাজিস্ট্রেট

Block Development Officer Commissioner of Oaths Gazetted officer President of Panchayat Head postmaster Head master of School
 ব্লক উন্নয়ন আধিকারিক শপথ কমিশনার গেজেটেড আধিকারিক পঞ্চায়েত অধ্যক্ষ প্রধান পোস্টমাস্টার বিদ্যালয়ের প্রধান

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / **নোট: কোনও বিবাদের পরিস্থিতিতে ইংরাজী সংস্করণ বৈধ হবে।**

This printed form is issued on receipt of notice of death claim এই মুদ্রিত ফর্ম মৃত্যুজনিত দাবির প্রাপ্তির ভিত্তিতে ইস্যু হবে

To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) **নামিনি বা ট্রাস্টি বা পৃষ্ঠাঙ্কিত দ্বারা পূরণ করতে হবে।**

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 **ফর্ম স্বীকার করার অর্থ দাবির স্বীকৃতি প্রদান নয়। এই ফর্মে কেবল দাবি স্বীকার বা অন্যথায় বিষয়টির মূল্যায়নের সীমিত প্রয়োজনে জারি করা হয়েছে।**

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

গ্রাহকের রসিদ: কেবল কার্যালয়ে ব্যবহারের জন্য-দাবির তথ্য পাওয়া গেলে গ্রাহককে দেওয়া হয়

Policy Number/s পলিসি নম্বর													
Name of Claimant দাবিকারীর নাম													
Branch Name শাখার নাম													

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
তারিখ এবং সময়ের সীল
(গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর)

Documents submitted (Tick against Documents received)	Original Policy Document received for policy numbers পলিসি নম্বরের জন্য মূল পলিসি নথি গৃহীত	Copy of Post Mortem Report/ পোস্টমর্টেম রিপোর্টের কপি
	Original Death Certificate issued by Local Authority স্থানীয় অধিকারী দ্বারা ইস্যু করা মূল মৃত্যুর মূল শংসাপত্র	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report এফআইআর/ইনকোয়েস্ট/পঞ্চনামা রিপোর্ট
উপস্থাপিত নথি (প্রাপ্ত নথির সামনে টিক চিহ্ন দিন)	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque দাবিকারীর বর্তমান ঠিকানা, সচিত্র পরিচয় পত্র, ব্যাংক পাসবুক, ব্যাংক বিবরণ/ক্রস চেক	Cancelled Cheque(For Direct Credit) বাতিল চেক (প্রত্যক্ষ ক্রেডিটের জন্য)

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

Authorization

অনুমোদন

(To be signed by the claimant)

(দাবিকারী দ্বারা হস্তাক্ষরিত)

To,
প্রতি,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____
আমি, শ্রী/শ্রীমতি _____ (নাম)

(Relation) of Mr. /Ms. _____ (name of the Deceased Life)
শ্রী/শ্রীমতি _____ (বিমাকৃত মৃত ব্যক্তির নাম) এর _____ (সম্পর্ক)

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

এসবিআই জীবন বিমা সংস্থা, এর এবং/অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধিকে আমি সম্মতি দিচ্ছি যে

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

(প্রতিলিপি সহ) শ্রী/শ্রীমতি _____ এর সমস্ত নিয়োগ সংক্রান্ত/চিকিত্সাজনিত/হাসপাতালের রেকর্ড/অন্য রেকর্ড/ আমার চিকিত্সার

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

সাথে সম্পর্কিত তথ্য নিতে পারে।

Yours faithfully,

আপনার বিশ্বস্ত,

Signature of the claimant

দাবিকারীর স্বাক্ষর

Name of the claimant: _____

দাবিকারীর নাম

Policy No. _____

পলিসি নং

Date: _____

তারিখ

WITHOUT PREJUDICE / বিদ্যমান দাবিকে ক্ষুণ্ণ না করে

Direct Credit Mandate / প্রত্যক্ষ ক্রেডিটের আদেশ

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:

আমি/আমরা _____ (নমিনি/পৃষ্ঠাঙ্কিত/ট্রাস্টি) এতদ্বারা এসবিআই জীবন বিমা সংস্থা লিমিটেডকে এই মর্মে অনুমোদন দিচ্ছি যে দাবির থেকে প্রাপ্ত কম রাশি _____ টাকা নিম্নলিখিত বিবরণ অনুসারে আমার অ্যাকাউন্টে সরাসরি জমা করে দিন।

Account No অ্যাকাউন্ট নং _____

Bank Name ব্যাংকের নাম _____

Type of Account Savings Bank Current
 অ্যাকাউন্টের প্রকার সঞ্চয়ী অ্যাকাউন্ট চালু অ্যাকাউন্ট
 Overdraft Cash Credit
 ওভারড্রাফট ক্যাশ ক্রেডিট

Branch Name _____

শাখার নাম

IFSC Code No _____

IFSC কোড সংখ্যা

Name of the Accountholder _____

অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম

Any one of the following is applicable

নীচের যে কোনও একটি প্রযোজ্য

Attach pre-printed (Name) cancelled cheque / পূর্বমুদ্রিত (নাম) বাতিল হওয়া চেক

OR / বা

Self Attested Copy of Bank Passbook/ Statement/ স্ব-প্রত্যয়িত ব্যাংক পাসবুক/ব্যাংক স্টেটমেন্ট

OR / বা

Signature of Bank Branch Manager with Seal / ব্যাংকের শাখার হস্তাক্ষর সিল সহ

Sign & Seal / স্বাক্ষর এবং সিল

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.

আমি স্বীকার করছি যে যে কোনও কারণে প্রত্যক্ষ ক্রেডিটে ব্যর্থতার ক্ষেত্রে, এসবিআইএল দায়ী হবে না। আমি এও সম্মত যে এসবিআইএল এখানে প্রদান করা কোনও ব্যাংক সম্পর্কিত বিবরণে ত্রুটির কারণে বা ক্ষতির জন্য দায়বদ্ধ/দায়ী হবে না।

Signature of the Claimant _____

দাবিকারীর স্বাক্ষর

Policy Number _____

পলিসি নং

Date/ তারিখ: _____

***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.

দাবি অস্বীকারণ: দয়া করে খেয়াল করুন ব্যাংক অ্যাকাউন্টে দাবির রাশিটি প্রত্যক্ষ স্থানান্তর তখনই সম্ভব হবে যখন ব্যাংক দ্বারা অন্যান্য কোনও উপায়ে সম্ভব না হলে এবং ব্যাংকিং বিধি অনুসারে অনুমোদিত না হলে প্রত্যক্ষ ক্রেডিটটি কেবল সংযুক্ত থাকা বা উপরে বর্ণিত অ্যাকাউন্ট বিশদ অনুসারে সেই ব্যাংকের প্রবন্ধক দ্বারা অনুমোদিত হবে যেখানে এই অ্যাকাউন্টটি চলছে। এসবিআই লাইফ নমিনি/পৃষ্ঠাঙ্কিত/ট্রাস্টি দ্বারা প্রদত্ত ত্রুটির কারণে কোনও ক্ষতির জন্য দায়বদ্ধ বা দায়ী হবে না।