

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

દાવેદારનું નિવેદન-મૃત્યુ દાવો

Please fill this form in English/Hindi only
કૃપા કરી આ પત્રક અંગ્રેજી/હિંદીમાં જ ભરો

Claimant's photo
(Signed Across)
દાવેદારનો ફોટો
(સહી કરેલો)

Date & Time Stamp
(Office use only)
તારીખ અને સમયની મહોર
(માત્ર ઓફીસ
ઉપયોગ માટે)

Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch
કૃપા કરીને નીચે દર્શાવેલી આવશ્યકતાઓ સાથે આ પત્રક નજીકની શાખામાં રજુ કરો.

- (a) Form to be filled in English/Hindi only
(એ) પત્રક ફક્ત અંગ્રેજી/હિંદીમાં જ ભરો.
- (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(બી) કૃપા કરીને દાવાનું અરજીપત્રક તમામ પ્રકારે પુરું ભરી અને સંબંધિત દસ્તાવેજો, મુળ અથવા પ્રમાણિત નકલો સાથે ભરો
- (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
(સી) કૃપા કરી અરજીપત્રક વાંચી શકાય તે રીતે ભરો અને તમામ વિગતો સાચી રીતે જાહેર કરી છે તે સુનિશ્ચિત કરો. કોઈપણ કોલમ ખાલી ન છોડશો.

Documents to be submitted રજુ કરવાના દસ્તાવેજો	Non Accidental Death બિન-કુર્ષટના મૃત્યુ		Accidental Death કુર્ષટના મૃત્યુ	
	Required જરૂરી	Submitted પ્રસ્તુત	Required જરૂરી	Submitted પ્રસ્તુત
Original Policy Document મુળ પોલીસીના દસ્તાવેજ	Yes હા		Yes હા	
Original Death Certificate issued by Local Authority સ્થાનિક સત્તાવાળાઓએ આપેલ મૂળ મૃત્યુ પ્રમાણપત્ર	Yes હા		Yes હા	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque દાવેદારનું હાલનું સરનામું, ઓળખપત્ર, બેંક પાસબુક/બેંક સ્ટેટમેન્ટ/ક્રોસ્ડ ચેક	Yes હા		Yes હા	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate મૃત્યુ પ્રમાણપત્રના મેડીકો લીગલ કારણની નકલ	Yes હા		Yes હા	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) તબિબી રેકર્ડ્ઝ (દાખલ થવાની નોંધ, રજા આપ્યાની/મૃત્યુની સમરી, ટેસ્ટ રીપોર્ટ વિ.)	Yes હા		Yes હા	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report પોસ્ટ મોર્ટમ/કેમીકલ એનાલીસીસના રીપોર્ટની નકલ	No ના		Yes હા	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict એફઆઈઆર/પંચનામા રીપોર્ટ/ઈન્કવેસ્ટ રીપોર્ટ/પોલીસના આખરી રીપોર્ટ/મેજસ્ટ્રેટના ચુકાદાની નકલ	No ના		Yes હા	
Others (Please mention.....) અન્ય (કૃપા કરી ઉલ્લેખ કરો.....)				

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

કૃપા કરી દાવાની ઝડપી પ્રક્રિયા માટે સંબંધિત આધારરૂપ દસ્તાવેજો રજુ કરો. કંપની વધારાના દસ્તાવેજો/આવશ્યકતાઓ માંગવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

Signature of the claimant / દાવેદારની સહી

Please fill this form in English/Hindi only
કૃપા કરી આ પત્રક અંગ્રેજી/હિંદીમાં જ ભરો

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

PARTICULARS OF INSURED: વીમિત અંગેની વિગતો:

Policy No (s): પોલીસી નંબર(રો):	
Date of Birth જન્મ તારીખ	
Gender: લિંગ:	<input type="checkbox"/> Male પુરૂષ <input type="checkbox"/> Female સ્ત્રી
Deceased Name in Full: મૃતકનું પુરૂ નામ:	
Occupation / Main Duties : વ્યવસાય/મુખ્ય કર્તવ્ય:	
Marital Status at time of death મૃત્યુ સમયે વૈવાહિક સ્થિતિ:	<input type="checkbox"/> Single એકલા <input type="checkbox"/> Married પરિણીત <input type="checkbox"/> Divorced છુટાછેડા લીધેલ <input type="checkbox"/> Widowed વિધવા/વિધૂર
Residential Address : રહેઠાણનું સરનામું:	
Telephone Number ટેલીફોન નંબર:	
Mobile Number મોબાઇલ નંબર:	

DETAILS OF DEATH: મૃત્યુ અંગેની વિગતો

Date of Death : મૃત્યુની તારીખ	
Time of Death : મૃત્યુનો સમય	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : મૃત્યુનું સ્થળ (મૃત્યુનું સ્થળ બતાવો, દા.ત. હોસ્પિટલ/સંસ્થા/ઘર-સ્થળની જગ્યા અને સરનામું દર્શાવો)	
Date and Time of Cremation/ burial : અંતિમ સંસ્કાર/દફનવિધિની તારીખ અને સમય	
Cause of Death મૃત્યુનું કારણ	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) રજા આપ્યાની/મૃત્યુની સમરીની નકલ બીડી છે (હા/ના)

If NO – Please provide the reason જો ના હોય તો – કૃપા કરી કારણો આપો

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

જો મૃત્યુ દુર્ઘટનાને કારણે થયું હોય તો, કૃપા કરી નીચેની વિગતો આપો:

Date of accident : દુર્ઘટનાની તારીખ	
Time of accident : દુર્ઘટનાનો સમય	
Name : નામ Address : સરનામું Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged જ્યાં એફઆઈઆર લખાઈ હોય તે પોલીસ સ્ટેશનનો ટેલીફોન નંબર	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed જ્યાં પોસ્ટ મોર્ટમ તપાસ થઈ હોય તે હોસ્પિટલનું નામ, સરનામું અને ટેલીફોન નંબર	
Date of post mortem examination પોસ્ટ મોર્ટમ તપાસની તારીખ	

Signature of the claimant / દાવેદારની સહી

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

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

જો મૃત્યુનું કારણ દુર્ઘટના સિવાયનું હોય તો કૃપા કરી નીચેની વિગત આપો:

Nature of illness/ailment માંદગી/બિમારીનો પ્રકાર	
Duration of illness/ailment. માંદગી/બિમારીનો સમયગાળો	From : થી: To : સુધી:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. જે ડોક્ટર/હોસ્પિટલે જીવન વિમિતનું નિદાન અને સારવાર કર્યા હોય તેનું નામ, સરનામું અને ટેલીફોન નંબર	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor જીવન વિમિતના સામાન્ય/પારિવારીક ડોક્ટરનું નામ, સરનામું અને ટેલીફોન નંબર	
How Long has deceased been under treatment? મૃતક કેટલા સમયથી સારવાર લઈ રહ્યા હતા?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem જો પોસ્ટ મોર્ટમ કરાયું હોય તો પોસ્ટ મોર્ટમની તારીખ આપો	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

અગાઉની જો કોઈ માંદગી હોય તો તેનો ઇતિહાસ અને તેની સારવારની વિગતો
(કૃપા કરી ભૂતકાળની સારવારના કાગળોની નકલ બીડશો)

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)

રોજગારીની વિગતો – જો પોલીસીના સમય દરમિયાન વિમિત વ્યક્તિ કોઈ નોકરીમાં હોય તો ભરવું

(કૃપા કરી તબિબી આધાર ઉપર લીધેલ રજા માટે રજુ કરેલ તબિબી સર્ટીફિકેટોની નકલ સાથે નિચોકતાનું પ્રમાણપત્ર રજુ કરો.)

Employers Name: નિચોકતા (માલિક) નું નામ	
Address : સરનામું	
Telephone No of Employer નિચોકતાનો ફોન નંબર	
Designation at work place/business કામના સ્થળે/વ્યવસાયમાં હોદ્દો	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. રોજગારીનો પ્રકાર: મેન્યુઅલ / કુશળ / અકુશળ / ટેકનીકલ / કલેરીકલ / સુપરવાઈઝર / પ્રબંધકીય / અન્ય	
P.F. No. / Employee No / પી.એફ. નં. / કર્મચારી નંબર	

Details of Other Policies held by the deceased / મૃતક દ્વારા લેવાયેલી અન્ય વીમા પોલીસીની વિગતો:

Name of Company કંપનીનું નામ	Policy No. પોલીસીનો નંબર	Commencement date શરૂ થયાની તારીખ	Sum Assured લીમિત રકમ	Have you received the claim amount શું તમને દાવાની રકમ મળી ગઈ છે

Note: You may use a separate sheet if the space provided herein above is not sufficient
નોંધ: ઉપર આપેલ જગ્યા પુરતી ન હોય તો તમે અલગ કાગળનો ઉપયોગ કરી શકો છો

Signature of Claimant/ દાવેદારની સહી

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

CLAIMANT(S) Details દાવેદારની વિગતો

Claimant Name in Full દાવેદારનું પુરૂ નામ	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) દાવેદારનું સરનામું (કૃપા કરી રહેઠાણના પુરાવા તરીકે આમાંથી કોઈ એક દસ્તાવેજ પૂરો પાડો)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill ટેલીફોન બિલ <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook બેંક ખાતાનું સ્ટેટમેન્ટ/બેંક પાસબુક <input type="checkbox"/> Electricity Bill લાઈટ બિલ <input type="checkbox"/> Ration Card રેશન કાર્ડ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority માન્યતા પ્રાપ્ત જન અધિકારી પાસેથી પત્ર <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months ૩ મહિનાની ભાડાની પહોંચ સાથે કાચઢે સર લીઝ કરાર <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence રહેઠાણના પુરાવા અંગે નિચોકતાનું પ્રમાણપત્ર
Telephone No. : ટેલીફોન નંબર	
Mobile No. : મોબાઈલ નંબર	
Relationship with the Life Assured : જીવન વીમિત સાથેનો સંબંધ	
Date of Birth : જન્મ તારીખ	
Occupation વ્યવસાય	<input type="checkbox"/> Service નોકરી <input type="checkbox"/> Business ધંધો <input type="checkbox"/> Housewife ગૃહિણી <input type="checkbox"/> Self Employed સ્વરોજગાર <input type="checkbox"/> Others અન્ય If Others(Please specify) _____ જો અન્ય હોય તો (કૃપા કરી સ્પષ્ટીકરણ કરો)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof કૃપા કરીને દાવેદારના ફોટો આઈડેન્ટીફિકેશન પુરાવાની નકલ બીડો	<input type="checkbox"/> Passport પાસપોર્ટ <input type="checkbox"/> PAN Card પાન કાર્ડ <input type="checkbox"/> Voter Identity Card મતદાતા ઓળખ પત્રક <input type="checkbox"/> Driving License ડ્રાઈવિંગ લાયસન્સ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority માન્યતા પ્રાપ્ત જનઅધિકારીનો પત્ર <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official એસબીઆઈ લાઈફ અધિકારી દ્વારા પ્રમાણિત કરેલ દાવેદારનો ફોટો
Nature of title to the policy monies પોલીસીની રકમના શિર્ષકનો પ્રકાર	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others પ્રસ્તાવીક/નામાંકીત/પૃષ્ઠાંકિત/અન્ય

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

દાવેદારની બેંકની વિગતો (કૃપા કરી બેંક પાસબુકની નકલ બીડો)

Name of Bank બેંકનું નામ	
Branch Code Number બ્રાંચનો કોડ નંબર	
IFSC Code No IFSC કોડ નંબર	
Account Number ખાતા નંબર	
Address of bank બેંકનું સરનામું	

Signature of Claimant/ દાવેદારની સહી

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

CLAIMANT'S DECLARATION/ દાવેદારની જાહેરાત

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.

હું _____ આ સાથે જાહેર કરું છું અને પૃષ્ઠિ આપું છું કે હું મૃત વ્યક્તિનો અધિકૃત દાવેદાર છું અને ઉપર રજુ કરેલ તમામ નિવેદનો, દરેક અને તમામ બાબતોમાં સાચા અને સંપૂર્ણ છે.

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.

હું આ સાથે અધિકૃત કરું છું કે કોઈપણ મેડીકલ પ્રેક્ટીશનર કે હોસ્પિટલ કે નર્સીંગ હોમ કે મેડીકલ ક્લીનિક કે જેઓ અથવા જ્યાં વીમિતની કોઈપણ બિમારી કે રોગની તપાસ કરાઈ હોય કે તેની દેખભાળ કે ઈલાજ કરાયો હોય તે જીવન વિમા પોલીસી લીધા પહેલા કે પછી કોઈપણ જાણકારી કે વીમિતના આરોગ્ય સંબંધી હોય અને તેણે/તેમણે મેળવી હોય, એસબીઆઈ જીવન વીમા કંપની લિમીટેડ, તેના કોઈ કાર્યાલય કે અધિકૃત પ્રતિનિધિ, કાનુની ન્યાયાલય, અથવા કોઈ ફરિયાદ સમાધાન ફોરમમાં પ્રકટ કરી શકે છે. હું એ વાતની પૃષ્ઠિ કરું છું કે અધિકૃત કરવાની આ પ્રક્રિયા અપરિવર્તનીય છે અને થોડા સમય માટે કોઈ કાનુન, રીવાજ કે ઉપયોગ હોવા છતાં કોઈ ડૉક્ટર કે હોસ્પિટલ પાસે વીમિત ઈલાજ અથવા સંભાળ લેવાના કારણે એના સંબંધી કોઈ જ્ઞાન કે જાણકારી જે તેમની પાસે હોય તે ગોપનીયતાના આધારે પ્રતિબંધિત કરવાથી રોકે છે.

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.

વધારામાં, હું આ સાથે કોઈ વીમા કંપની, સરકારી સંગઠન, નિયોક્તા, અન્ય સંગઠન, સંસ્થાન કે વ્યક્તિને એ બાબત માટે અધિકૃત કરું છું કે એસબીઆઈ જીવન વીમા કંપની લિમીટેડ, તેના યોગ્ય અધિકૃત પ્રતિનિધિને મૃતક સંબંધી કોઈપણ જાણકારી કે રેકોર્ડ આપી શકે છે. હું આ સાથે એ પણ પૃષ્ઠિ કરું છું કે આવી માહિતીમાં કોઈપણ મર્યાદા વિના એવી માહિતી સમાવિષ્ટ હશે કે જે મૃતકના આરોગ્ય (નશીલી દવા કે આલ્કોહોલના ઉપયોગ, એઈડ્ઝ કે માનસિક કે શારીરિક ઈતિહાસ, અવસ્થા, સલાહ કે સારવાર) સંબંધી માહિતી સહિતની, કમાણી કે અન્ય કોઈ વીમાના લાભ, વીમિતના ખાતાની માહિતીના હિસાબો સહિતની માહિતીનો સામવેશ હશે.

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.

હું આ સાથે જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત અધિકૃતતા આપવા માટે હું સુપાત્ર છું. આ સાથે હું એસબીઆઈ લાઈફ ઈન્સ્યોરન્સ કાં. લિ. કે તેના યોગ્ય અધિકૃત પ્રતિનિધિ ઉપરોક્ત માહિતી કે અન્ય એવી માહિતી મેળવવામાં મદદ કરવા સંમત થઉં છું કે જે કંપનીને દાવો આકારવા મદદ કરે અને આ દાવાને વધુ યોગ્ય બનાવવા આકારવા માટે જે રીતે ઠીક લાગે તેવો માહિતીનો ઉપયોગ કરવામાં મદદ કરીશ.

Name of Witness / સાક્ષીનું નામ

Signature/ સહી

Address / સરનામું

Tel No/Mob No / ટેલીફોન નંબર/મોબાઈલ નંબર

Name in Block Letters: _____

મોટા અક્ષરે નામ:

Signature/ Thumb Impression of the claimant:
દાવેદારની સહી/અંગુઠાનું નિશાન

Place: _____
સ્થળ

Date: _____
તારીખ

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

VERNACULAR DECLARATION / સ્થાનિક ભાષામાં જાહેરાત:

(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.)
(જો દાવેદારે દાવાપત્રકમાં સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય અથવા સહીના બદલે અંગુઠાનું નિશાન કર્યું હોય તો ઉપરની જાહેરાત આપવી)

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.

મેં દાવેદારને આ દાવા પત્રકની વિષય વસ્તુ _____ (ભાષામાં) સમજાવી દીધી છે અને તે સુનિશ્ચિત કર્યું છે કે તેના/તેણીના દ્વારા વિષય વસ્તુ સારી રીતે સમજાઈ છે. મેં દાવાપત્રકમાં લખેલી બધી સુચનાઓ પર દાવેદારની પ્રતિક્રિયાઓ સચોટ રીતે નોંધી છે. મેં દાવેદારને તેની પ્રતિક્રિયાઓ વાંચીને સંભળાવી છે અને તેણે પુષ્ટિ આપી છે કે તે સાચી છે તથા તે બરાબર સમજીને પોતાના અંગુઠાનું નિશાન લગાવ્યું છે.

Name of the Declarant: _____

જાહેરાત કરનારનું નામ

Address: _____

સરનામું

Signature of the Declarant: જાહેરાત કરનારની સહી

Place / સ્થળ: _____ Date / તારીખ: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / આમાંથી કોઈ એક નિવેદનના સાક્ષી/જાહેરાત કરનાર હોવા જોઈએ

Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd. Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd Advocate Bank Manager Magistrate
એસબીઆઈ લાઈફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીના એજન્ટ એસબીઆઈ લાઈફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપનીના યુનિટ મેનેજર વકીલ બેંક મેનેજર મેજિસ્ટ્રેટ

Block Development Officer Commissioner of Oaths Gazetted officer President of Panchayat Head postmaster Head master of School
બ્લોક ડેવલપમેન્ટ ઓફીસર શપથ કમિશ્નર ગેઝેટેડ ઓફીસર પંચાયતના પ્રમુખ હેડ પોસ્ટ માસ્ટર શાખાના હેડમાસ્ટર

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / તા.ક. - કોઈપણ વિવાદના મામલામાં અંગ્રેજી સંસ્કરણ જ માન્ય રહેશે

This printed form is issued on receipt of notice of death claim મૃત્યુ દાવાની નોટીસ મળવા પર આ મુદ્રિત પત્રક આપવામાં આવ્યું છે

To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) નામિત કે ટ્રસ્ટી કે પૂષ્કાંકિત દ્વારા ભરવું જોઈએ.

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 પત્રક સ્વીકારવાનો અર્થ એવો નથી કે દાવો સ્વીકારવામાં આવ્યો છે. આ પત્રક માત્ર દાવાના સ્વીકાર કે અન્યથાના સંદર્ભમાં મુલ્યાંકનના સીમિત હેતુ માટે આપવામાં આવેલ છે.

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT SLIP: for Office use only - to be handed over to Customer after receiving Claim Intimation
ગ્રાહક એકનોલેજમેન્ટ સ્લીપ: માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે : દાવાની સૂચના મળ્યા બાદ ગ્રાહકને સુપ્રત કરવી

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
તારીખ અને સમયનો સ્ટેમ્પ
(પ્રાપ્ત કરનાર અધિકારીની)

Policy Number/s પોલીસી નંબર(રો)													
Name of Claimant દાવેદારનું નામ													
Branch Name શાખાનું નામ													
Documents submitted (Tick against Documents received) સુપ્રત કરેલ દસ્તાવેજો (પ્રાપ્ત કરેલ દસ્તાવેજો સામે નિશાની કરો)	Policy Document received for policy numbers પોલીસી નંબરો માટે મુળ પોલીસી દસ્તાવેજો	Medical Records/ મેડીકલ રીપોર્ટ											
	Original Death Certificate issued by Local Authority સ્થાનિક સત્તાવાળાઓએ આપેલ મુળ મૃત્યુ પ્રમાણપત્ર	Copy of Post Mortem Report/ પોસ્ટમોર્ટમ રીપોર્ટની નકલ											
	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque દાવેદારનું વર્તમાન સરનામું, ફોટો ઓળખ પુરાવો, બેંક પાસબુક, બેંક સ્ટેટમેન્ટ/કોસ્ડ ચેક	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report એફઆઈઆર/ઈન્કવેસ્ટ/પંચનામાના રીપોર્ટની નકલ											
	Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate મૃત્યુના મેડીકો-લીગલ કારણની નકલ	Cancelled Cheque (For Direct Credit) રદ થયેલ ચેક (સીધી ક્રેડિટ માટે)											

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના

Authorization**અધિકૃતતા**

(To be signed by the claimant)

(દાવેદારે સહી કરવી)

To,
પ્રતિ,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____
હું શ્રી/શ્રીમતી _____ (નામ)

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

(સંબંધ)----- (વીમિત મૃતકનું નામ) ના

Assured) hereby give my consent to SBI Life Insurance Co. Ltd., and/or its representative
એસબીઆઈ જીવન વીમા કંપની લીમીટેડ અને/અથવા તેના યોગ્ય અધિકૃત પ્રતિનિધિને મારી સ્વીકૃતિ આપું છું કે તે

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

(ફોટોકોપી સહિત) શ્રી/શ્રીમતી _____ ના બધા રોજગાર/મેડીકલ/હોસ્પિટલના રેકર્ડ/અન્ય રેકર્ડ/ઈલાજ

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

સંબંધી માહિતી મેળવી શકે છે.

Yours faithfully,
વિશ્વાસપૂર્વક આપનો,Signature of the claimant
દાવેદારની સહીName of the claimant: _____
દાવેદારનું નામPolicy No. _____
પોલીસી નંબરDate: _____
તારીખ

WITHOUT PREJUDICE / કોઈ પૂર્વગ્રહ વિના
Direct Credit Mandate / ડાયરેક્ટ ક્રેડીટ સંમતિ

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:

હું/અમે _____ (નામિત/પૃષ્ઠાંકિત/ટ્રસ્ટી) આ સાથે એસબીઆઈ જીવન વીમા કંપની લિમિટેડને એ બાબત માટે અધિકૃત કરીએ છીએ કે દાવા દ્વારા મળેલ રકમ રૂ. _____ નીચે વર્ણવ્યા અનુસાર મારા બેંક ખાતામાં સીધી જમા કરાવી દે.

Account No ખાતા નં. _____

Bank Name બેંકનું નામ _____

Type of Account ખાતાનો પ્રકાર
 Savings Bank બચત ખાતું
 Current ચાલુ
 Overdraft ઓવર ડ્રાફ્ટ
 Cash Credit કેશ ક્રેડીટ

Branch Name શાખાનું નામ _____

IFSC Code No IFSC કોડ નં. _____

Name of the Accountholder ખાતા ધારકનું નામ _____

Any one of the following is applicable
નીચનામાંથી કોઈપણ લાગુ છે

- Attach pre-printed (Name) cancelled cheque પૂર્વમુદ્રિત (નામ) વાળા રદ થયેલા ચેક
OR / અથવા
- Self Attested Copy of Bank Passbook/ Statement/ બેંક પાસબુક/સ્ટેટમેન્ટની અનુપ્રમાણિત નકલ
OR / અથવા
- Signature of Bank Branch Manager with Seal / મહોર સહિત બેંક બ્રાંચ મેનેજરની સહી

Sign & Seal / સહી અને બેંકની મહોર

Designation: _____ Place: _____
હોદ્દો સ્થાન

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.

હું સ્વીકાર કરું છું કે કોઈપણ કારણથી ડાયરેક્ટ ક્રેડીટની નિષ્ફળતા માટે એસબીઆઈએલ જવાબદાર રહેશે નહીં. હું એ માટે પણ સંમત છું કે એસબીઆઈએલ ઉપર આપેલ ખોટી બેંક વિગતોથી થનાર કોઈપણ નુકશાન માટે જવાબદાર/ઉત્તરદાઈ નહીં હોય.

Signature of the Claimant _____
દાવેદારની સહી

Policy Number _____
પોલીસી નંબર

Date/તારીખ: _____

***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.**

***દાવા ત્યાગ - કૃપા કરી નોંધો કે બેંક ખાતામાં દાવાની રકમ સીધી ત્યારે જ ટ્રાન્સફર થશે કે જ્યારે બેંક દ્વારા બેંકિંગ નિયમો મુજબ આવું શક્ય અને સ્વીકૃત હોય. ડાયરેક્ટ ક્રેડીટ ત્યારે જ શક્ય હશે કે જ્યારે એક રદ કરેલ પુર્વ મુદ્રિત ચેક જોડેલ હોય અથવા તો જ્યાં બેંકનું ખાતું ચાલતું હોય તે બેંકના બ્રાંચ મેનેજરે તેને પ્રમાણિત કરેલ હોય. નામિત/પૃષ્ઠાંકિત/ટ્રસ્ટી દ્વારા ખોટી બેંક ખાતાની વિગતો આપવાથી થતા કોઈપણ નુકશાન માટે એસબીઆઈ લાઈફ જવાબદાર અને ઉત્તરદાઈ નહીં રહે.**