

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

Date & Time Stamp
(Office use only)
തീയതി, സമയ മുദ്ര (ഓഫീസ് ആവശ്യത്തിനു മാത്രം)

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

അവകാശക്കാരന്റെ പ്രസ്താവന - ഡെത്ത് ക്ലെയിം

Claimant's photo
(Signed Across)
അവകാശക്കാരന്റെ ഫോട്ടോ (കുറുകേ ഒപ്പിട്ടത്)

Please fill this form in English/Hindi only

ദയവായി ഈ ഫോം ഇംഗ്ലീഷിലോ ഹിന്ദിയിലോ പൂരിപ്പിക്കുക

*Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch
ദയവായി ഈ ഫോം താഴെ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ആവശ്യോപാധികളോടെ ഏറ്റവും അടുത്തുള്ള ബ്രാഞ്ചിൽ സമർപ്പിക്കുക.*

- (a) Form to be filled in English/Hindi only
(എ) ഫോം ഇംഗ്ലീഷിലോ ഹിന്ദിയിലോ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക.
- (b) (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(ബി) ക്ലെയിം അപേക്ഷാ ഫോം എല്ലാ തരത്തിലും പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിക്കുകയും പ്രസക്തമായ എല്ലാ രേഖകളുടേയും യഥാർത്ഥ പ്രതിയോ അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്ത ഫോട്ടോകോപ്പിയോ ഒപ്പം വയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക.
- (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
(സി) വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കുന്ന രീതിയിൽ അപേക്ഷാ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുക, എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയായും വ്യക്തമായും പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നുവെന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തുക. ഒരൂ കോളവും ഒഴിച്ചിടരുത്.

Documents to be submitted സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ	Non Accidental Death അപകടം മൂലമല്ലാത്ത മരണം		Accidental Death അപകട മരണം	
	Required ആവശ്യമുണ്ട്	Submitted സമർപ്പിച്ചു	Required ആവശ്യമുണ്ട്	Submitted സമർപ്പിച്ചു
Original Policy Document യഥാർത്ഥ പോളിസി രേഖ	Yes അതേ		Yes അതേ	
Original Death Certificate issued by Local Authority പ്രാദേശിക അധികാരികൾ നൽകിയ യഥാർത്ഥ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	Yes അതേ		Yes അതേ	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque അവകാശക്കാരന്റെ നിലവിലെ വിലാസം, തിരിച്ചറിയൽ രേഖ, ബാങ്ക് പാസ് ബുക്ക്/ ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ് മെന്റ്/ ക്രോസ് ചെയ്ത ചെക്ക്	Yes അതേ		Yes അതേ	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിലെ മെഡിക്കൽ കാരണത്തിന്റെ പകർപ്പ്	Yes അതേ		Yes അതേ	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) മെഡിക്കൽ രേഖകൾ (പ്രവേശന നോട്ട്സ്, ഡിസ്ചാർജ്ജ്, മരണ സംഗ്രഹം, പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ മുതലായവ)	Yes അതേ		Yes അതേ	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report പോസ്റ്റ്മോർട്ടം/ കെമിക്കൽ പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടിന്റെ പകർപ്പ്	No അല്ല		Yes അതേ	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict എഫ് ഐ ആർ/ പഞ്ചനാമ റിപ്പോർട്ട്/ ഇൻക്വസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട്/ പൊലീസിന്റെ അന്തിമ റിപ്പോർട്ട്/ മജിസ്ട്രേറ്റിന്റെ വിധി എന്നിവയുടെ പകർപ്പ്	No അല്ല		Yes അതേ	
Others (Please mention.....) മറ്റുള്ളവ (ദയവായി സൂചിപ്പിക്കുക				

Please submit the relevant supporting documents for faster processing of claim. The company reserves the right to call for additional documents/requirements
ക്ലെയിമിൽ കൂടുതൽ വേഗത്തിൽ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതിന് പ്രസക്തമായ എല്ലാ സഹായ രേഖകളും ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക. അധിക രേഖകൾ/ ആവശ്യോപാധികൾ ആവശ്യപ്പെടാനുള്ള അവകാശം കമ്പനിക്കുണ്ടായിരിക്കും.

Signature of the claimant / അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്

Please fill this form in English/Hindi only

ദയവായി ഈ ഫോം ഇംഗ്ലീഷിലോ ഹിന്ദിയിലോ പൂരിപ്പിക്കുക

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

PARTICULARS OF INSURED: ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Policy No (s): പോളിസി നമ്പർ(കൾ):	
Date of Birth ജനനത്തീയതി	
Gender: ലിംഗം:	<input type="checkbox"/> Male പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> Female സ്ത്രീ
Deceased Name in Full: മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പൂർണ്ണ നാമം:	
Occupation / Main Duties : തൊഴിൽ/ പ്രധാന ജോലികൾ:	
Marital Status at time of death മരണപ്പെടുന്ന സമയത്തെ വൈവാഹിക നില:	<input type="checkbox"/> Single അവിവാഹിത(ൻ) <input type="checkbox"/> Married വിവാഹിത(ൻ) <input type="checkbox"/> Divorced വിവാഹമോചിത(ൻ) <input type="checkbox"/> Widowed വിധവ/ വിഭാര്യൻ
Residential Address : വീട്ടുവിലാസം	
Telephone Number ടെലഫോൺ നമ്പർ:	
Mobile Number മൊബൈൽ നമ്പർ:	

DETAILS OF DEATH: മരണത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ

Date of Death : മരണത്തീയതി	
Time of Death : മരണ സമയം	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : മരണ സ്ഥലം (മരണ സ്ഥലം പ്രസ്താവിക്കുക: ഉദാഹരണത്തിന്, ആശുപത്രി/ സ്ഥാപനം/ വീട്- സ്ഥലത്തിന്റെ പേരും വിലാസവും പ്രസ്താവിക്കുക)	
Date and Time of Cremation/ burial : ശവസംസ്കാരത്തിന്റെ/ ശവദഹണത്തിന്റെ തീയതിയും സമയവും	
Cause of Death മരണ കാരണം	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) ഡിസ്ചാർജ്ജ്/ മരണ സംഗ്രഹണത്തിന്റെ കോപ്പികൾ ഇതോടൊപ്പം വച്ചിരിക്കുന്നു (ഉണ്ട്/ ഇല്ല)

If NO – Please provide the reason ഇല്ലെങ്കിൽ ദയവായി കാരണം നൽകുക.

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

മരണം അപകടം കാരണമാണുണ്ടായതെങ്കിൽ ദയവായി താഴെപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക:

Date of accident : അപകടം നടന്ന തീയതി	
Time of accident : അപകടം നടന്ന സമയം	
Name : പേര് Address : വിലാസം Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged എഫ് ഐ ആർ തയ്യാറാക്കിയ പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ ടെലിഫോൺ നമ്പർ	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed പോസ്റ്റ്മോർട്ടം പരിശോധന നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും ടെലഫോൺ നമ്പറും	
Date of post mortem examination പോസ്റ്റ്മോർട്ടം പരിശോധനയുടെ തീയതി	

Signature of the claimant / അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

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

മരണം അപകടമല്ലാത്ത മറ്റേതെങ്കിലും കാരണം കൊണ്ടാണ് ഉണ്ടായതെങ്കിൽ താഴെപ്പറയുന്നവ നൽകുക

Nature of illness/ailment അസുഖത്തിന്റെ/ രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം	
Duration of illness/ailment. അസുഖത്തിന്റെ/ രോഗത്തിന്റെ കാലയളവ്	From : മുതൽ : To : വരെ:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയെ ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേരും വിലാസവും ടെലഫോൺ നമ്പരും	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പതിവു/ കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ പേരും വിലാസവും ടെലഫോൺ നമ്പരും	
How Long has deceased been under treatment? അന്തരിച്ച വ്യക്തി എത്രകാലം ചികിത്സയിലായിരുന്നു?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem പോസ്റ്റ്മോർട്ടം നടത്തിയെങ്കിൽ, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം തീയതി എഴുതുക	

History of previous ailments, if any, and the treatment details thereof - _____
(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

മുൻ രോഗങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ അവയുടെ ചരിത്രവും അതു കാരണമുള്ള ചികിത്സാ വിവരങ്ങളും (ദയവായി മുൻ ചികിത്സാ കടലാസുകളുടെ പകർപ്പുകൾ വയ്ക്കുക)

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)

തൊഴിൽ വിവരങ്ങൾ- ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തി പോളിസി കാലയളവിൽ എപ്പോഴെങ്കിലും സർവീസിലിരുന്നുവെങ്കിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്.
(ദയവായി മെഡിക്കൽ കാരണങ്ങളാൽ എടുത്ത ലീവിനു വേണ്ടി സമർപ്പിച്ച മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ പകർപ്പുകൾക്കൊപ്പം തൊഴിലുടമയുടെ സാക്ഷ്യപത്രവും സമർപ്പിക്കുക).

Employers Name: തൊഴിലുടമയുടെ പേര്	
Address : വിലാസം	
Telephone No of Employer തൊഴിലുടമയുടെ ടെലഫോൺ നമ്പർ	
Designation at work place/business തൊഴിൽ സ്ഥലത്തെ/ബിസിനസ്സിലെ പദവി	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. തൊഴിലിന്റെ സ്വഭാവം: കൂലിവേല/ വിദഗ്ദ്ധ തൊഴിൽ/ അവിദഗ്ദ്ധ തൊഴിൽ/ ക്ലെറിക്കൽ/ സൂപ്പർവൈസർ/ മാനേജർ/ മറ്റുള്ളവ	
P.F. No. / Employee No / പി എഫ് നമ്പർ/ എംപ്ലോയീ നമ്പർ	

Details of Other Policies held by the deceased / അന്തരിച്ച വ്യക്തിയുടെ മറ്റു പോളിസികളുടെ വിവരങ്ങൾ

Name of Company കമ്പനിയുടെ പേര്	Policy No. പോളിസി നമ്പർ	Commencement date ആരംഭിച്ച തീയതി	Sum Assured ഇൻഷുറൻസ് തീയതി	Have you received the claim amount നിങ്ങൾ ക്ലെയിം തുക സ്വീകരിച്ചോ

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

കുറിപ്പ്: മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന സ്ഥലം മതിയാകില്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകം ഒരു ഷീറ്റ് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.

Signature of Claimant/ അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

CLAIMANT(S) Details / അവകാശക്കാരന്റെ(ക്കാരുടെ) വിവരങ്ങൾ

Claimant Name in Full അവകാശക്കാരന്റെ പൂർണ്ണമായ പേര്	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) അവകാശക്കാരന്റെ വിലാസം (താമസസ്ഥലത്തിനു തെളിവായി ഇവയിലേതെങ്കിലും രേഖ അറ്റാച്ച് ചെയ്യുക)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill ടെലഫോൺ ബിൽ <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റ്/ ബാങ്ക് പാസ് ബുക്ക് <input type="checkbox"/> Electricity Bill വൈദ്യുതി ബിൽ <input type="checkbox"/> Ration Card റേഷൻ കാർഡ് <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority അംഗീകൃത പൊതു അധികാര സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള കത്ത് <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months തൊട്ടടുത്ത 3 മാസത്തെ വാടകച്ചീട്ടുകൾക്കൊപ്പം പ്രാബല്യത്തിലുള്ള പാട്ടക്കരാർ <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence താമസസ്ഥലം സംബന്ധിച്ച തൊഴിലുടമയുടെ സാക്ഷ്യപത്രം
Telephone No. : ടെലഫോൺ നമ്പർ	
Mobile No. : മൊബൈൽ നമ്പർ	
Relationship with the Life Assured : ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം	
Date of Birth : ജനനത്തീയതി	
Occupation തൊഴിൽ	<input type="checkbox"/> Service ജോലി <input type="checkbox"/> Business ബിസിനസ്സ് <input type="checkbox"/> Housewife വീട്ടമ്മ <input type="checkbox"/> Self Employed സ്വയം തൊഴിൽ <input type="checkbox"/> Others മറ്റുള്ളവ If Others(Please specify) _____ മറ്റുള്ളവയാണെങ്കിൽ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof അവകാശക്കാരന്റെ ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ ഒരുകൾ പകർപ്പ് ഒപ്പം വയ്ക്കുക	<input type="checkbox"/> Passport പാസ്പോർട്ട് <input type="checkbox"/> PAN Card പാൻ കാർഡ് <input type="checkbox"/> Voter Identity Card വോട്ടർ ഐഡൻറിറ്റി കാർഡ് <input type="checkbox"/> Driving License ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority അംഗീകൃത പൊതു അധികാരസ്ഥാപനത്തിൽ നിന്നുള്ള കത്ത് <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഉദ്യോഗസ്ഥൻ ശരിയാവണ്ണം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ അവകാശക്കാരന്റെ ഫോട്ടോ
Nature of title to the policy monies പോളിസി തുകയുടെ ശീർഷകത്തിന്റെ സ്വഭാവം	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others നിർദ്ദേശിക്കുന്നയാൾ/ നോമിനി/ നിയോഗിച്ച വ്യക്തി/ മറ്റുള്ളവർ

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

(അവകാശക്കാരുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ (ബാങ്ക് പാസ്‌ബുക്കിന്റെ ഒരു കോപ്പി അടക്കം ചെയ്യുക)

Name of Bank ബാങ്കിന്റെ പേര്	
Branch Code Number ബ്രാഞ്ച് കോഡ് നമ്പർ	
IFSC Code No IFSC കോഡ് നമ്പർ	
Account Number അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
Address of bank ബാങ്കിന്റെ വിലാസം	

Signature of Claimant/ അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

CLAIMANT'S DECLARATION/ അവകാശക്കാരന്റെ പ്രസ്താവന

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.

ഞാൻ ----- മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ ന്യായപ്രകാരമുള്ള അവകാശക്കാരനാണെന്നും മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

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.

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയെ ഏതെങ്കിലും രോഗത്തിനോ അസുഖത്തിനോ ചികിത്സിക്കുകയോ പരിശോധിക്കുകയോ ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർക്കോ ആശുപത്രിയ്ക്കോ നഴ്സിങ് ഹോമിനോ മെഡിക്കൽ ക്ലിനിക്കിനോ പോളിസി നൽകുന്നതിനു മുമ്പോ ശേഷമോ അവർക്ക് ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതിയെ കുറിച്ച് ലഭിച്ച വിവരങ്ങൾ എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡിനോ, അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഓഫീസുകൾക്കോ അംഗീകൃത പ്രതിനിധികൾക്കോ കോടതികൾക്കോ ഏതെങ്കിലും പരാതി പരിഹാര ഫോറത്തിനോ നൽകാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

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.

കൂടാതെ, മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയെ കുറിച്ചുള്ള ഏതെങ്കിലും രേഖകളോ വിവരങ്ങളോ എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ ലിമിറ്റഡിനും അതിന്റെ അംഗീകൃത പ്രതിനിധികൾക്കും നൽകാൻ ഞാൻ ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയേയോ സർക്കാർ സംഘടനയേയോ തൊഴിലുടമയേയോ മറ്റു സംഘടനയ്ക്കോ സ്ഥാപനത്തിനോ വ്യക്തിക്കോ ഇതിനാൽ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.

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.

മേൽപ്പറഞ്ഞ അനുമതികൾ നൽകാനുള്ള അധികാരം എനിക്കുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളോ ഒക്കെയും വിശകലനം ചെയ്യാൻ എസ് ബി ഐ ഇൻഷുറൻസ് കോ ലിമിറ്റഡിനേയും അതിന്റെ അംഗീകൃത പ്രതിനിധികളേയും സഹായിക്കുന്ന മറ്റു വിവരങ്ങളോ ശേഖരിക്കാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ സഹായിക്കുമെന്നും ഈ ഒക്കെയും കൂടുതൽ വിശകലനം ചെയ്യാൻ ആവശ്യമായ രീതിയിൽ ഈ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുമെന്നും ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

Name of Witness / സാക്ഷിയുടെ പേര്

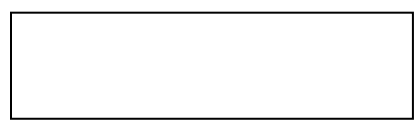
Signature/ ഒപ്പ്

Address / വിലാസം

Tel No/Mob No / ടെലഫോൺ / മൊബൈൽ നമ്പർ

Name in Block Letters: _____
പേര് വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ:
Signature/ Thumb Impression of the claimant:
അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്/ കൈവീരലടയാളം

Place: _____ Date: _____
സ്ഥലം തീയതി



WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

VERNACULAR DECLARATION / മാതൃഭാഷയിലുള്ള പ്രസ്താവന

(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. (ക്ലെയിം ഫോറം മാതൃഭാഷയിലാണ് ഒപ്പു വച്ചിരിക്കുന്നതെങ്കിലോ ഒപ്പിനു പകരം അവകാശക്കാരൻ വിരലടയാളമാണ് ഉപയോഗിച്ചിരിക്കുന്നതെങ്കിലോ മേൽപ്പറഞ്ഞ പ്രസ്താവന നൽകേണ്ടതുണ്ട്).

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.

ഞാൻ ----- (ഭാഷയുടെ പേര്) ഭാഷയിൽ ഈ ക്ലെയിമിലെ വിവരങ്ങൾ അവകാശക്കാരൻ വിശദീകരിച്ചു കൊടുക്കുകയും അയാൾ/അവർ അതിന്റെ ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയെന്ന് ഉറപ്പാക്കുകയും ചെയ്തു. ആവശ്യപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾക്കുള്ള അവകാശക്കാരന്റെ പ്രസ്താവന ഞാൻ ശരിയായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഞാൻ ആ പ്രതികരണങ്ങൾ അവകാശക്കാരനു വായിച്ചു കൊടുക്കുകയും അയാൾ/ അവർ അതു ശരിയാണെന്നു സ്ഥിരീകരിക്കുകയും കാര്യങ്ങൾ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷം അയാളുടെ/ അവരുടെ വിരലടയാളം പതിപ്പിക്കുകയും ചെയ്തു.

Name of the Declarant: _____
പ്രസ്താവന നടത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്

Address: _____
വിലാസം

Signature of the Declarant: _____ പ്രസ്താവന നടത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

Place / സ്ഥലം: _____ Date / തീയതി: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / ഈ പ്രസ്താവനയിൽ താഴെപ്പറയുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലുമൊരാൾ സാക്ഷിയോ/ പ്രസ്താവന നടത്തുന്ന വ്യക്തിയോ ആയിരിക്കണം.

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd.
എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡ് ഏജന്റ് | <input type="checkbox"/> Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd
എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡ് യൂണിറ്റ് മാനേജർ | <input type="checkbox"/> Advocate
അഭിഭാഷകൻ | <input type="checkbox"/> Bank Manager
ബാങ്ക് മാനേജർ | <input type="checkbox"/> Magistrate
മജിസ്ട്രേറ്റ് |
| <input type="checkbox"/> Block Development Officer
ബ്ലോക്ക് വികസന ഓഫീസർ | <input type="checkbox"/> Commissioner of Oaths
കമ്മീഷണർ ഓഫ് ഓത്ത്സ് | <input type="checkbox"/> Gazetted officer
ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ | <input type="checkbox"/> President of Panchayat
പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡന്റ് | <input type="checkbox"/> Head postmaster
പ്രധാന പോസ്റ്റ്മാസ്റ്റർ |
| | <input type="checkbox"/> Head master of School
സ്കൂൾ ഹെഡ്മാസ്റ്റർ | | | |

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / എന്തെങ്കിലും തർക്കങ്ങളുണ്ടായാൽ ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിനായിരിക്കും സാധ്യത
This printed form is issued on receipt of notice of death claim ഈ അച്ചടിച്ച ഫോറം ഡെത്ത് ക്ലെയിം നോട്ടീസ് സ്വീകരിച്ച ശേഷമാണു നൽകുക
To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) നോമിനിയോ(കളോ) ട്രസ്റ്റിയോ(കളോ) നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയോ(കളോ) പൂർത്തിയാക്കേണ്ടത്
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 ഫോറം സ്വീകരിക്കുന്നു എന്നാൽ ക്ലെയിം അംഗീകരിക്കുന്നില്ല എന്ന് അർത്ഥമില്ല. ക്ലെയിം അംഗീകരിക്കത്തക്കതാണോ അല്ലയോ എന്നു അവലോകനം ചെയ്യുക എന്ന പരിമിതമായ ഉദ്ദേശ്യത്തിനു വേണ്ടിയാണ് ഈ ഫോറം നൽകുന്നത്

CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT SLIP: for Office use only – to be handed over to Customer after receiving Claim Intimation
ഉപഭോക്താവിന്റെ അംഗീകാര സ്ലിപ്പ്. ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനു മാത്രം. ക്ലെയിം അറിയിപ്പ് സ്വീകരിച്ച ശേഷം ഉപഭോക്താവിനു നൽകേണ്ടത്.

Policy Number/s പോളിസി നമ്പർ(കൾ)	
Name of Claimant അവകാശക്കാരന്റെ പേര്	
Branch Name ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്	Date തീയതി

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
തീയതിയും സമയമുദ്രയും (സ്വീകരിക്കുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പ്)

Documents submitted(Tick against Documents received) സമർപ്പിക്കപ്പെട്ട രേഖകൾ (സ്വീകരിച്ച രേഖകൾക്ക് 'ടിക' ചെയ്യുക.	Original Policy Document received for policy numbers സംഖ്യകൾക്കായി സ്വീകരിച്ച യഥാർത്ഥ പോളിസി രേഖ	Medical Records/ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ
	Original Death Certificate issued by Local Authority സ്ഥാപനം നൽകിയ യഥാർത്ഥ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	Copy of Post Mortem Report/ റിപ്പോർട്ടിന്റെ പകർപ്പ്
	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque അവകാശക്കാരന്റെ നിലവിലെ വിലാസം, ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, സ്പെഷ്യൽ, ബാങ്ക് പാസ്പുബ്ലിക്, ക്രോസ്ഡ് ചെക്ക്	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report എഫ് ഐ ആർ/ ഇൻക്വസ്റ്റ്/ പഞ്ചാനാമ റിപ്പോർട്ടിന്റെ പകർപ്പ്
		Cancelled Cheque(For Direct Credit) റദ്ദു ചെയ്ത ചെക്ക് (നേരിട്ടുള്ള ക്രെഡിറ്റിന്)
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ മെഡിക്കൽ-നിയമപര കാരണത്തിന്റെ പകർപ്പ്		

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ

Authorization

അനുമതി നൽകൽ

(To be signed by the claimant)

(അവകാശക്കാരൻ ഒപ്പു വയ്ക്കേണ്ടത്)

To,
സു,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____
ഞാൻ ശ്രീ/ശ്രീമതി _____ പേര്

(Relation) of Mr. /Ms. _____ (name of the Deceased Life
ശ്രീ/ശ്രീമതി _____ (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട അന്തരിച്ച വ്യക്തിയുടെ പേര്) (ബന്ധം)

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

എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡിനും അല്ലെങ്കിൽ/ഒപ്പം അതിന്റെ പ്രതിനിധികൾക്കും to obtain (including photocopies) all the employment/medical/hospital records/other

അന്തരിച്ച ശ്രീ/ ശ്രീമതി-----യുടെ ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ തൊഴിൽ/മെഡിക്കൽ/ആശുപത്രി രേഖകളും മറ്റു രേഖകളും

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

വിവരങ്ങളും സംഘടിപ്പിക്കാൻ (പകർപ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെ) അനുമതി നൽകുന്നു.

Yours faithfully,
വിശ്വസ്തതയോടെ

Signature of the claimant
അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ്

Name of the claimant: _____
അവകാശക്കാരന്റെ പേര്

Policy No. _____
പോളിസി നമ്പർ

Date: _____
തീയതി

WITHOUT PREJUDICE / മുൻവിധി കൂടാതെ
Direct Credit Mandate / നേരിട്ടുള്ള ക്രെഡിറ്റ് അധികാരപത്രം

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:

ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ (നോമിനിയുടെ/ നിയോഗിക്കപ്പെട്ട ആളുടെ/ ട്രസ്റ്റിയുടെ പേര്) താഴെക്കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ പ്രകാരം ക്ലെയിം തുകയായ -----രൂപ എന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് നേരിട്ട ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡിന് ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

Account No അക്കൗണ്ട് നമ്പർ. _____

Bank Name ബാങ്കിന്റെ പേര് _____

Type of Account അക്കൗണ്ട് ഇനം

Savings Bank സേവിംഗ്സ് **Current** കറന്റ്

Overdraft ഓവർഡ്രാഫ്റ്റ് **Cash Credit** ക്യാഷ് ക്രെഡിറ്റ്

Branch Name ബാങ്കിന്റെ പേര് _____

IFSC Code No _____

IFSC കോഡ് നമ്പർ _____

Name of the Accountholder _____

അക്കൗണ്ടുടമയുടെ പേര്

Any one of the following is applicable
താഴെപ്പറയുന്നതിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് ബാധകമാണ്.

Attach pre-printed (Name) cancelled cheque
നേരത്തെ (പേര്) അച്ചടിച്ച റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് അറ്റാച്ച് ചെയ്യുക
OR / അല്ലെങ്കിൽ

Self Attested Copy of Bank Passbook/ Statement/ ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ/സ്റ്റേറ്റ്മെന്റിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്
OR / അല്ലെങ്കിൽ

Signature of Bank Branch Manager with Seal / ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ച് മാനേജറുടെ ഒപ്പും സീലും

Sign & Seal / ഒപ്പും സീലും

ഉദ്യോഗപ്പേര്: _____ സ്ഥലം: _____

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.

എന്തെങ്കിലും കാരണം കൊണ്ട് നേരിട്ടുള്ള ക്രെഡിറ്റ് പരാജയപ്പെട്ടാൽ എസ് ബി ഐ എല്ലിന് ഉത്തരവാദിത്വമുണ്ടാകില്ലെന്നു ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ തെറ്റായതു കാരണം സംഭവിക്കാവുന്ന നഷ്ടങ്ങൾക്ക് എസ് ബി ഐ എല്ലിന് ബാധ്യതയോ ഉത്തരവാദിത്വമോ ഉണ്ടാകില്ലെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Signature of the Claimant _____ Policy Number _____
അവകാശക്കാരന്റെ ഒപ്പ് _____ പോളിസി നമ്പർ _____

Date/ തീയതി _____

***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**

ഡിസ്ക്ലെയിമർ: മറ്റൊരു സാധ്യതയില്ലെങ്കിലും ബാങ്കിന് ചട്ട പ്രകാരം അനുവദനീയമാണെങ്കിലും മാത്രമേ ക്ലെയിം തുക ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് നേരിട്ട ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യൂ എന്ന കാര്യം ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക. ഒരു റദ്ദാക്കിയ, നേരത്തേ ഒപ്പിട്ട ചെക്ക് ലീഫ് അറ്റാച്ച് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ ഏതു ബാങ്കിലാണോ അക്കൗണ്ട് ഉള്ളത്, ആ ബാങ്കിലെ ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലോ മാത്രമേ നേരിട്ടുള്ള ക്രെഡിറ്റ് സാധ്യമാകുകയുള്ളൂ. നോമിനി/ നിയുക്ത വ്യക്തി/ ട്രസ്റ്റി നൽകിയ തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ കാരണമുണ്ടായേക്കാവുന്ന നഷ്ടങ്ങൾക്കൊന്നും എസ് ബി ഐ ലൈഫ് ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല.