

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

दावेदाराचे निवेदन- मृत्यू दावा

**Please fill this form in English/Hindi only
कृपया हे पत्रक (फॉर्म) इंग्रजी/ हिन्दी तच भरावे**

**Claimant's photo
(Signed Across)**
दावेदाराचा फोटो
(स्वाक्षरीसह)

Date & Time Stamp
(Office use only)
तारीख आणि वेळेचा शिक्का
(फक्त कार्यालयीन
उपयोगासाठी)

*Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch
कृपया खाली दिलेल्या आवश्यकता पूर्ण करून हे पत्रक(फॉर्म) जवळच्या शाखेमध्ये जमा करावे*

- (a) Form to be filled in English/Hindi only
(क) पत्रक(फॉर्म) फक्त इंग्रजी / हिन्दी मध्येच भरावे.
- (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(ख) कृपया दाव्याच्या अर्जाचे पत्रक(फॉर्म) सर्व प्रकारे पूर्ण भरून तसेच आवश्यक कागदपत्रांच्या मूळ आणि अनुप्रमाणित प्रतिसह सादर करावे।
- (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 पत्रक (फॉर्म) स्पष्टपणे भरावे तसेच सर्व माहिती अचूकपणे आणि स्पष्टपणे जाहीर केली असल्याची खात्री करावी. कोणताही रकाना रिकामा सोडू नये.

Documents to be submitted सादर केले जाणारे दस्तावेज	Non Accidental Death विना-अपघात मृत्यू		Accidental Death अपघाती मृत्यू	
	Required आवश्यक	Submitted सादर केले	Required आवश्यक	Submitted सादर केले
Original Policy Document मूळ पॉलिसी दस्तावेज	Yes होय		Yes होय	
Original Death Certificate issued by Local Authority स्थानिक अधिका-यांद्वारे जारी केल्या गेलेल्या मृत्यू प्रमाणपत्राची मूळप्रत	Yes होय		Yes होय	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque दावेदाराचावर्तमान पत्ता, ओळखपत्र, बँक पासबुक/बँक स्टेटमेंट/क्रॉस केलेला धनादेश	Yes होय		Yes होय	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate मृत्यू प्रमाणपत्राच्या मेडिको लीगल कारणाची प्रत	Yes होय		Yes होय	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) वैद्यकीय नोंदी (दाखला नोंदपत्र, डिस्चार्ज / मृत्यूचा सारांश, चाचणी अहवाल इत्यादी)	Yes होय		Yes होय	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report शव परीक्षण/ रासायनिक विश्लेषण अहवालाची प्रत	No नाही		Yes होय	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict प्रथम सूचना अहवाल/पंचनामा अहवाल/पोलिसांचा अंतिम अहवाल/मॅजिस्ट्रेटच्या निर्णयाची प्रत	No नाही		Yes होय	
Others (Please mention.....) इतर (कृपया उल्लेख करा.....)				

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

दाव्याच्या जलद पूर्तीसाठी कृपया संबंधित सहाय्यक दस्तावेज सादर करा. अतिरिक्त दस्तऐवजांच्या/आवश्यकतांच्या मागणीचे अधिकार कंपनी कडे आहेत.

Signature of the claimant / दावेदाराची स्वाक्षरी

**Please fill this form in English/Hindi only
कृपया हे पत्रक (फॉर्म) इंग्रजी/हिन्दी तच भरावे**

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

PARTICULARS OF INSURED: विमा धारक व्यक्तीचे विवरण:

Policy No (s): पॉलिसी(सी) चा क्रमांक:	
Date of Birth जन्मतारीख	
Gender: लिंग:	<input type="checkbox"/> Male पुरुष <input type="checkbox"/> Female महिला
Deceased Name in Full: मृत व्यक्तीचे पूर्ण नाव:	
Occupation / Main Duties : व्यवसाय/ प्रमुख कर्तव्य:	
Marital Status at time of death मृत्यूच्या वेळची वैवाहिक स्थिति:	<input type="checkbox"/> Single अविवाहित <input type="checkbox"/> Married विवाहित <input type="checkbox"/> Divorced बटस्फोटीत <input type="checkbox"/> Widowed विधवा/ विदुर
Residential Address : घरचा पत्ता :	
Telephone Number दूरध्वनी क्रमांक:	
Mobile Number मोबाइल क्रमांक:	

DETAILS OF DEATH: मृत्यूबाबतचे विवरण

Date of Death : मृत्यूची तारीख	
Time of Death : मृत्यूची वेळ	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : मृत्यूचे स्थान(मृत्यूची जागा नमूद करा, उदा. रुग्णालय/संस्था/घर-जागेचे नाव आणि पत्ता नमूद करा.)	
Date and Time of Cremation/ burial : अंतिम संस्कार /दफनाचा दिवस आणि वेळ	
Cause of Death मृत्यूचे कारण	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) डिस्चार्ज / मृत्यूच्या सारांशाच्या प्रति जोडल्या आहेत (होय / नाही)

If NO – Please provide the reason जर नाही तर - कृपया कारण द्या

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

जर मृत्यूचे कारण अपघात असेल तर कृपया खालील गोष्टी द्या:

Date of accident :अपघाताची तारीख	
Time of accident : अपघाताची वेळ	
Name : नाव Address : तारीख Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged जिथे एफ.आर.आय. दाखल केला त्या पोलिस स्टेशनचा दूरध्वनी क्रमांक	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed ज्या रुग्णालयात शवविच्छेदन परीक्षा झाली त्याचे नाव, पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक	
Date of post mortem examination शवविच्छेदन परीक्षेची तारीख	

Signature of Claimant/दावेदाराची स्वाक्षरी- _____

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

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

जर मृत्यूचे कारण अपघात हे नसून इतर काही असेल तर, कृपया खालील गोष्टी या:

Nature of illness/ailment आजार/रोगाचा प्रकार	
Duration of illness/ailment. आजार/रोगाचा कालवधी	From : पासून : To : पर्यंत:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. ज्या डॉक्टर/रुग्णालयाने जीवन विमा धारक व्यक्तीचे निदान आणि उपचार केला त्यांचे नाव, पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor जीवन विमा धारक व्यक्तीच्या नेहमीच्या/कौटुंबिक डॉक्टरांचे नाव, पत्ता व दूरध्वनी क्रमांक	
How Long has deceased been under treatment? मृत व्यक्ती किती काळ त्यांच्याकडून उपचार करून घेत होता/होती?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem जर शवविच्छेदन केले गेले असेल तर शवविच्छेदनाची तारीख	

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

आधीच्या आजाराचा इतिहास, जर काही असेल तर आणि त्याच्या उपचाराचे विवरण(कृपया मागील उपचारांचे दस्तावेज सादर करावे)

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)

रोजगाराचे विवरण- जेव्हा विमा धारक व्यक्ती पॉलिसीच्या कालावधीमध्ये नोकरी करित असेल तर भरावे

(कृपया नियोजकाचे प्रमाणपत्र तसेच वैद्यकीय आधारावर सुट्टी घेण्यासाठी सादर केल्या वैद्यकीय प्रमाणपत्रांच्या प्रति जोडा)

Employers Name: नियोजकाचे नाव	
Address : पत्ता	
Telephone No of Employer नियोजकाचा दूरध्वनी क्रमांक	
Designation at work place/business काम करण्याची जागा/व्यवसायातील पदवी	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. रोजगाराचा प्रकार : हस्तसाधित / कुशल / अकुशल / यांत्रिक / लिपिक/ पर्यवेक्षकीय/ व्यवस्थापकीय / इतर	
P.F. No. / Employee No / पी.एफ. क्रमांक/ कर्मचारी क्रमांक	

Details of Other Policies held by the deceased / मृत व्यक्तीद्वारे घेतलेल्या विमा पॉलिसीचे विवरण:

Name of Company कंपनीचे नाव	Policy No. पॉलिसी क्रमांक	Commencement date आरंभाची तारीख	Sum Assured विमा धारक रक्कम	Have you received the claim amount आपल्याला दाव्याची रक्कम मिळाली आहे का

Note: You may use a separate sheet if the space provided herein above is not sufficient टीप: जर पत्रक (फॉर्म) मध्ये दिलेली जागा पुरेशी नसेल तर स्वतंत्र साध्या कागदाचा वापर करावा

Signature of Claimant/दावेदाराची स्वाक्षरी- _____

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

CLAIMANT(S) Details / दावेदाराचे विवरण

Claimant Name in Full दावेदाराचे पूर्ण नाव	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) दावेदाराचा पत्ता (कृपया ह्यापैकी कोणताही एक दस्तावेज घराच्या पत्त्याचा पुरावा म्हणून सादर करावा)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill दूरध्वनी बिल <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook बँक अकाउंट स्टेटमेंट/बँक पासबुक <input type="checkbox"/> Electricity Bill विजेचे बिल <input type="checkbox"/> Ration Card रेशन कार्ड <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority मान्यता प्राप्त लोक अधिकार्याकडून पत्र <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months चालू ३ महिन्यांच्या भाडेपावत्यांसह वैध भाडेपट्ट्याचा करार <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence घराच्या पत्त्यासंबंधी नियोजकाचे प्रमाणपत्र
Telephone No. : दूरध्वनी क्रमांक	
Mobile No. : मोबाइल क्रमांक	
Relationship with the Life Assured : विमा धारका बरोबरचे संबंध	
Date of Birth : जन्मतारीख	
Occupation व्यवसाय	<input type="checkbox"/> Service नोकरी <input type="checkbox"/> Business व्यापार <input type="checkbox"/> Housewife गृहिणी <input type="checkbox"/> Self Employed स्वयंरोजगार <input type="checkbox"/> Others इतर If Others(Please specify) _____ जर इतर (कृपया नमूद करा)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof कृपया दावाकर्त्याचा छायाचित्रांकीत ओळखीच्या पुराव्याची प्रत जोडा	<input type="checkbox"/> Passport पासपोर्ट <input type="checkbox"/> PAN Card पॅन कार्ड <input type="checkbox"/> Voter Identity Card मतदार ओळखपत्र <input type="checkbox"/> Driving License वाहन चालक अनुज्ञप्ति <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority मान्यताप्राप्त सरकारी अधिका-याचे पत्र <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official एसबीआय लाइफ अधिका-याद्वारे प्रमाणित केलेला दावाकर्त्याचा फोटो
Nature of title to the policy monies पॉलिसीच्या राशीचा प्रकार	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others प्रस्तावक/नामनिर्देशित/पृष्ठांकित/इतर

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

दावा सांगणा-याच्या बँकेचे विवरण(कृपया बँक पासबुकची प्रत जोडा)

Name of Bank बँकेचे नाव	
Branch Code Number शाखेचा सांकेतिक क्रमांक	
IFSC Code No IFSC सांकेतिक क्रमांक	
Account Number खाते क्रमांक	
Address of bank बँकेचा पत्ता	

Signature of Claimant/दावेदाराची स्वाक्षरी- _____

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

CLAIMANT'S DECLARATION/ दावेदाराची 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.

मी-----ह्याद्वारे घोषित करतो/करते आणि पुष्टी देतो/देते की मी मृत व्यक्तीचा/व्यक्तीची अधिकृत दावेदार आहे तसेच इथे सादर केले गेलेली सर्व निवेदने पूर्णपणे सत्य आणि पूर्ण आहेत.

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. मी ह्याद्वारे हे अधिकृत करतो/करते की वैद्यकीय प्रॅक्टिस करणा-या कोणीही किंवा रुग्णालय किंवा नर्सिंग होम किंवा वैद्यकीय क्लिनिक ज्यांनी विमा धारक व्यक्तीची कोणत्याही आजारासाठी किंवा रोगासाठी तपासणी केली आहे किंवा तिची देखभाल किंवा उपचार केला आहे ते जीवन विमा पॉलीसी घेण्यापूर्वी किंवा नंतर कोणतीही माहिती जी विमा धारक व्यक्तीच्या आरोग्याशी संबंधित आहे आणि त्याला/त्यांना मिळालेली आहे ती ते एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं.लि., त्यांच्या कोणत्याही कार्यालयामध्ये किंवा अधिकृत प्रतिनिधी, न्यायालय किंवा कोणत्याही तक्रार निवारण केंद्राकडे प्रकट करू शकतात. मी ह्याद्वारे पुष्टी देतो/देते की हे प्राधिकरण बदलता न येणारे आहे आणि अधिकृत करण्याची ही प्रक्रिया अपरिवर्तनीय आहे तथापि काही कालावधीसाठी कोणत्याही कायदेशीर प्रथा किंवा वापरामुळे कोणत्याही फिजिशियनने किंवा रुग्णालयात विमा धारक व्यक्तीचे उपचार जे त्यांच्याकडे उपलब्ध आहेत, गोपनीयतेच्या आधारावर, देखभाल करण्यासाठी त्यांच्याशी संबंधित कोणतेही ज्ञान किंवा माहिती देण्यापासून प्रतिबंध करत नाही.

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.

ह्याशिवाय, ह्याद्वारे मी कोणत्याही विमा कंपनी, सरकारी संस्था, कंपनी नियोजक, इतर संघटना, संस्था किंवा व्यक्ती ह्यांना ह्यासाठी अधिकृत करतो/करते ते एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या योग्य अधिकृत प्रतिनिधींना मृत व्यक्तीबद्दलच्या कोणत्याही नोंदी किंवा माहिती देऊ शकतात. मी ह्याद्वारे पुष्टी देतो/देते की अशाप्रकारे सूचित करण्यामध्ये कोणत्याही मर्यादेपर्यंत मृत व्यक्तीच्या आरोग्याशी संबंधित माहिती (औषधांच्या किंवा अल्कोहोलच्या वापरासंबंधी, एड्स किंवा मानसिक आणि शारीरिक इतिहास, अवस्था, सल्ला किंवा उपचारांबद्दलच्या कोणत्याही माहितीसह), कमाई किंवा विम्याचे इतर फायदे, विमाधारकाच्या खात्याच्या कोणत्याही माहितीसह ह्यांचा समावेश असेल.

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.

मी ह्याद्वारे हे अधिकृत करतो/करते की मी वरील वैधीकरण करण्यास पात्र आहे. मी ह्या गोष्टीचीही सहमती देतो/देते की एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं.लि. किंवा त्यांच्या योग्य अधिकृत प्रतिनिधींना ही माहिती किंवा अशी कोणतीही माहिती जी कंपनीला ह्या दाव्याचे मूल्यांकन करण्यास मदत करेल आणि ह्या दाव्याच्या मूल्यांकनासाठी ज्या पध्दतीने वापरायची असेल त्यासाठी मी मदत करेन.

Name of Witness / साक्षीदाराचे नाव

Signature/ स्वाक्षरी

Address / पत्ता

Tel No/Mob No / दूरध्वनी क्रमांक/मोबाइल क्रमांक

Name in Block Letters: _____
नाव

Signature/ Thumb Impression of the claimant:
स्वाक्षरी / अंगठ्याचा ठसा

Place: _____
स्थान

Date: _____
दिनांक

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

VERNACULAR DECLARATION / स्थानीय बोली घोषणा:

(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.)
(जेव्हा दावा पत्रक (फॉर्म) वर दावा सांगणाऱ्याने कोणत्या स्थानिक भाषेमध्ये स्वाक्षरी केली असेल किंवा स्वाक्षरीच्या जागी अंगठ्याचा ठसा दिला असेल तेव्हा वरील घोषणा करावी.)

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.

मी दावा सांगणा-याला ह्या दावा पत्रकातील(फॉर्म) विषय(भाषा) मध्ये समजावून सांगितला आहे तसेच त्याला हा विषय व्यवस्थित समजेल ह्याची खात्री केली आहे. मी दाव्याच्या पत्रकातील(फॉर्म) सूचनांवरील दावा सांगणा-याच्या प्रतिक्रिया शुद्धपणे नोंदविल्या आहेत. मी दावा सांगणा-याला त्याच्या प्रतिक्रिया वाचून दाखविल्या आहेत तसेच त्या योग्य असल्याची त्याने पुष्टी केली आहे तसेच त्या व्यवस्थित समजावून घेतल्यावरच अंगठ्याचा ठसा दिला आहे.

Name of the Declarant: _____

घोषणाकर्त्याचे नाव

Address: _____

पता

Signature of the Declarant: घोषणाकर्त्याची स्वाक्षरी

Place / स्थान: _____ Date / दिनांक: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / ह्यापैकी कोणाला तरी एकाला ह्या विवरणात साक्षीदार/घोषणाकर्ता व्हावे लागेल

- Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd. Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd Advocate Bank Manager Magistrate
एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं. लिमिटेडचा प्रतिनिधी एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं. लिमिटेडचा युनिट मॅनेजर एडव्होकेट बँक मॅनेजर मॅजिस्ट्रेट
- Block Development Officer Commissioner of Oaths Gazetted officer President of Panchayat Head postmaster Head master of School
 खंड विकास अधिकारी शपथ कमिशनर राजपत्रित अधिकारी पंचायत अध्यक्ष प्रधान पोस्टमास्टर शाळेचे मुख्याध्यापक

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / टीप: कोणत्याही विवादात्मक परिस्थिती मध्ये, इंग्रजी आवृत्ती वैध असेल.

This printed form is issued on receipt of notice of death claim हे छापील पत्रक (फॉर्म) मृत्यूच्या दाव्याची सूचना मिळाल्यावर जारी केले गेले आहे.

To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) नामनिर्देशित किंवा ट्रस्टी किंवा पृष्ठांकितद्वारे भरला जावा.

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 पत्रक (फॉर्म) स्विकारणे म्हणजे दाव्याचा स्विकार नाही. हे पत्रक (फॉर्म) फक्त दावा स्विकारणे किंवा अन्य संदर्भात मूल्यांकनाच्या मर्यादीत कारणाने लागू केले गेले आहे.

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

ग्राहकाची अभिस्वीकृतीची स्लीप: केवळ कार्यालयीन उपयोगासाठी- दाव्याची सूचना मिळाल्यावर ग्राहकाला दिली जावी

Policy Number/s पॉलिसी क्रमांक	
Name of Claimant दावेदाराचे नाव	
Branch Name शाखेचे नाव	Date तारीख

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
तारीख आणि वेळेचा शिक्का
(स्विकारणा-या अधिका-याची
स्वाक्षरी)

Documents submitted(Tick against Documents received) सादर केले दस्तावेज (मिळालेल्या दस्तावेजांसमोर खूप करा)	Original Policy Document received for policy numbers पॉलिसीच्या क्रमांकांसाठी मूळ पॉलिसी दस्तावेज	Medical Records/ वैद्यकीय अहवाल
	Original Death Certificate issued by Local Authority स्थानीय अधिकार्याद्वारे जारी केलेले मूळ मृत्यू प्रमाणपत्र	Copy of Post Mortem Report/ शवविच्छेदन अहवालाची प्रत
	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque दावेदाराचा सध्याचा पता, फोटो ओळख पुरावा, बँक पासबुक, बँक विवरण/क्रॉस केलेला धनादेश	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report एफआयआर/इनक्वेस्ट/पंचनामा अहवाल Cancelled Cheque(For Direct Credit) रद्द केलेला धनादेश(रक्कम थेट जमा होण्यासाठी)
	Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate मेडिको लीगल कारण प्रमाणपत्राची प्रत	

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

Authorization**अनुमोदन**

(To be signed by the claimant)

(दावेदाराद्वारे स्वाक्षरी केलेले)

To,
प्रती,

I, Mr. /Ms. _____ (Name), _____
मी, श्री/श्रीमती _____ (नाव)(Relation) of Mr. /Ms. _____ (name of the Deceased Life
श्री/श्रीमती _____ (विमा धारक मृतकाचे नाव) चा/ची _____ (नाते)

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

एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं. लि अधिकृत प्रतिनिधींना माझी स्विकृती सादर करीत आहे ते

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

(फोटोकॉपी सहित) श्री/श्रीमती _____ चे सर्व रोजगार/वैद्यकीय/रुग्णालयाच्या नोंदी/इतर नोंदी/ उपचाराशी

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

संबंधित माहिती घेऊ शकतात.

Yours faithfully,
आपला/आपली विश्वासू,

Signature of the claimant

दावेदाराची स्वाक्षरी

Name of the claimant: _____

दावेदाराचे नाव

Policy No. _____

पॉलिसी क्रमांक

Date: _____

दिनांक

WITHOUT PREJUDICE / कोणत्याही पूर्वग्रहाशिवाय

Direct Credit Mandate / थेट जमा आदेश

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:

मी/आम्ही _____ (नामनिर्देशित/पृष्ठांकित/ट्रस्टी) ह्याद्वारे एसबीआय लाईफ इन्शुरन्स कं. लि ला ह्यासाठी अधिकृत करीत आहे/आहोत की दाव्याची रक्कम रु _____ खाली दिलेल्या विवरणानुसार, माझ्या बँक खात्यामध्ये थेट जमा करावी.

Account No खाते क्र. _____

Bank Name बँकेचे नाव _____

Type of Account Savings Bank Current
 खात्याचा प्रकार बचत खाते चालू
 Overdraft Cash Credit
 ओव्हरड्राफ्ट कॅश क्रेडिट

Branch Name _____
 शाखेचे नाव

IFSC Code No _____

IFSC सांकेतिक क्रमांक

Name of the Accountholder _____
 खातेधाराचे नाव

Any one of the following is applicable

खालीलपैकी कोणतेही लागू आहे

- Attach pre-printed (Name) cancelled cheque / पूर्व मुद्रित(नाव) असलेला रद्द केलेला धनादेश
 OR / किंवा
 Self Attested Copy of Bank Passbook/ Statement/ अनुप्रमाणित बँक पासबुक/बँक स्टेटमेंट
 OR / किंवा
 Signature of Bank Branch Manager with Seal / बँकेच्या शाखेच्या व्यवस्थापकाच्या स्वाक्षरी सहीत शिक्का

Sign & Seal / स्वाक्षरी आणि बँकेचा शिक्का

Designation/हुद्दा: _____ Place/ स्थान: _____

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.

मी ह्याचा स्विकार करतो/करते की कोणत्याही कारणाने थेट जमा न झाल्यास एसबीआयएल जबाबदार नसेल. मी हेही स्विकार करतो/करते की इथे नमूद केलेल्या बँकेसंबंधीच्या कोणत्याही विवरणात त्रुटी असल्यामुळे होण-या कोणत्याही नुकसानाला एसबीआयएलला जबाबदार धरले जाणार नाही.

Signature of the Claimant _____
 दावा सांगणा-याची स्वाक्षरी

Policy Number _____
 पॉलिसी क्रमांक

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.

अस्विकार करणारा- कृपया लक्षात घ्या की बँक खात्यामध्ये दाव्याची रक्कम प्रत्यक्षात तेव्हाच हस्तांतरीत केली जाईल जेव्हा बँकेद्वारे बँकिंगच्या नियमांतर्गत असे करणे शक्य किंवा स्विकारू असेल, प्रत्यक्षात हस्तांतरण तेव्हाच शक्य असेल जेव्हा एक पूर्व मुद्रित रद्द धनादेश जोडलेला असेल किंवा वर नमूद केलेले खात्याचे विवरण त्या बँकेच्या शाखा प्रबंधकाद्वारे प्रमाणित केलेले असेल ज्यामध्ये हे खाते चालू आहे. नामनिर्देशित व्यक्ति/अभिहस्तांकित/विश्वस्त ह्यांच्या द्वारे दिल्या गेलेल्या खात्याच्या चुकीच्या तपशीलामुळे होणा-या कोणत्याही नुकसानाला एसबीआय लाईफ जबाबदार आणि उत्तरदायी असणार नाही.