

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟାଣସି ପକ୍ଷପାତରେ

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

ଦାବିଦାରତ୍ୱକ ବିବରଣୀ – ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି

Please fill this form in English/Hindi only

ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ କେବଳ ଇଂରାଜୀ/ହିନ୍ଦୀରେ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

**Claimant's photo
(Signed Across)**

ଦାବିଦାରତ୍ୱକ ଫର୍ମ-1
(ଦସ୍ତଖତ ସହିତ)

Date & Time Stamp

(Office use only)

ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟର ମନୋହର
(କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର
ପାଇଁ)

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

ଦୟାକରି ନିମ୍ନରେ ଲିଖିତ ଆବଶ୍ୟକତାଗୁଡ଼ିକକୁ ପୂରଣକରି ନିକଟତମ ଶାଖାରେ ଉପସ୍ଥାପିତ କରନ୍ତୁ

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

(କ) ଫର୍ମକୁ କେବଳ ଇଂରାଜୀ/ହିନ୍ଦୀରେ ହିଁ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ ।

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

(ଖ) ଦୟାକରି ଦାବି ଆବେଦନ ଫର୍ମ ସମସ୍ତ ପ୍ରକାରରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକୀୟ କାର୍ଯ୍ୟପତ୍ର, ମୂଳ କିମ୍ବା ସଂସ୍ଥାପିତ ନକଲ ସହିତ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରନ୍ତୁ ।

(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

(ଗ) ଦୟାକରି ଫର୍ମକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ ଏହା ସହିତ ଏହା ସୁନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ସମସ୍ତ ଘଟଣା ତଥ୍ୟ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସ୍ପଷ୍ଟ ଅଛି । କଟାଣସି ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଖାଲି ଛାଡନ୍ତୁ ନାହିଁ

Documents to be submitted ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯିବାକୁ ରହିଥିବା କାର୍ଯ୍ୟପତ୍ର	Non Accidental Death ଅଣ-ଦୁର୍ଘଟଣା ମୃତ୍ୟୁ		Accidental Death ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ	
	Required ଆବଶ୍ୟକ	Submitted ଉପସ୍ଥାପିତ କରିବା	Required ଆବଶ୍ୟକ	Submitted ଉପସ୍ଥାପିତ କରିବା
Original Policy Document ମୂଳ ପଲିସି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ	Yes ହଁ		Yes ହଁ	
Original Death Certificate issued by Local Authority ସ୍ଥାନୀୟ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ରର ମୂଳ ପ୍ରତିଲିପି	Yes ହଁ		Yes ହଁ	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque ଦାବିଦାରତ୍ୱକର ବର୍ତ୍ତମାନ ଠିକଣା, ପରିଚୟ ପତ୍ର, ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍ ବୁକ୍, ବ୍ୟାଙ୍କ ଷ୍ଟେଟମେଣ୍ଟ/କ୍ରସ୍ଡ ଚେକ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍	Yes ହଁ		Yes ହଁ	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate ମୃତ୍ୟୁ କାରଣର ମେଡିକାଲ ଆଇନତଃ ପ୍ରମାଣପତ୍ର କପି	Yes ହଁ		Yes ହଁ	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) ମଡିକାଲ ରିକର୍ଡ (ଦାଖଲ ନୋଟ୍, ଡିସ୍ଚାର୍ଜ/ମୃତ୍ୟୁ ସାରାଂଶ, ଟେଷ୍ଟ ରିପୋର୍ଟ, ଲେବଲ୍)	Yes ହଁ		Yes ହଁ	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report ଶବ ପରୀକ୍ଷଣ / ରାସାୟନିକ ଯାଞ୍ଚ ରିପୋର୍ଟର ପ୍ରାପ୍ତି	No ନାହିଁ		Yes ହଁ	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict ଏଫଆଇଆର୍/ପଞ୍ଚନାମା ରିପୋର୍ଟ/ ଇନକ୍ୱେଷ୍ଟ ରିପୋର୍ଟ/ପୋଲିସ୍ ଫାଇନାଲ ରିପୋର୍ଟ/ମ୍ୟାଗିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ ରିପୋର୍ଟ/ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ଙ୍କ ନିଷ୍ପତ୍ତି	No ନାହିଁ		Yes ହଁ	
Others (Please mention.....) ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ.....)				

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

ଦାବିର ଦ୍ରୁତ ଅଗ୍ରସର ପାଇଁ ଦୟାକରି ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସହାୟକ କାର୍ଯ୍ୟପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତୁତ କରନ୍ତୁ । ଅତିରିକ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟପତ୍ର ଆବଶ୍ୟକତାକୁ ମନୋନୀତ ଅଧିକାର କର୍ମୀଙ୍କୁ ପାଖରେ ରହିଛି ।

Signature of the claimant / ଦାବିଦାରତ୍ୱକର ଦସ୍ତଖତ

Please fill this form in English/Hindi only

ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ କେବଳ ଇଂରାଜୀ/ହିନ୍ଦୀରେ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟାଣସି ପକ୍ଷପାତରତେ

PARTICULARS OF INSURED: ବୀମାର ବିବରଣୀ:

Policy No (s): ପଲିସୀ ସଂଖ୍ୟା (ଗୁଡିକ):	
Date of Birth ଜନ୍ମ ତାରିଖ	
Gender: ଲିଙ୍ଗ:	<input type="checkbox"/> Male ପୁରୁଷ <input type="checkbox"/> Female ମହିଳା
Deceased Name in Full: ମୃତକଙ୍କର ପୂରା ନାମ:	
Occupation / Main Duties : ବ୍ୟବସାୟ/ ପ୍ରମୁଖ କର୍ତ୍ତବ୍ୟ:	
Marital Status at time of death ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି:	<input type="checkbox"/> Single ଏକୃତୀ <input type="checkbox"/> Married ବିବାହିତ <input type="checkbox"/> Divorced ଛାଡ଼ପତ୍ର ଜନିତ <input type="checkbox"/> Widowed ବିଧବା / ବିଧୂର
Residential Address : ଘରର ଠିକଣା :	
Telephone Number ଫୋନ୍ ନମ୍ବର:	
Mobile Number ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:	

DETAILS OF DEATH: ମୃତ୍ୟୁ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିବରଣୀ

Date of Death : ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ	
Time of Death : ମୃତ୍ୟୁର ସମୟ	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ (ମୃତ୍ୟୁ ସ୍ଥାନ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ, ଯଥା. ଡାକ୍ତରଖାନା/ସଂସ୍ଥା/ଘର ର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା ଦର୍ଶାନ୍ତୁ)	
Date and Time of Cremation/ burial : ଅନ୍ତିମ ସଂସ୍କାର /ପଟେଇବାର ଦିନ ଏବଂ ସମୟ	
Cause of Death ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) ଡିସ୍ଚାର୍ଜ୍ / ମୃତ୍ୟୁ ବିବରଣୀର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ (ହଁ / ନାହିଁ)

If NO – Please provide the reason ଯଦି ନାହିଁ ତେବେ – ଦୟାକରି କାରଣ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

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

ଯଦି ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ ଦୁର୍ଘଟଣା ଅଟେ ତେବେ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

Date of accident : ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ	
Time of accident : ଦୁର୍ଘଟଣାର ସମୟ	
Name : ନାମ Address : ଠିକଣା Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged ଏଫ.ଆଇ.ଆର ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ଥାନାର ଫୋନ୍ ନଂ.	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed ଯେଉଁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ପଟେ-ଷ୍ଟିମୋରଟମ୍ ପରୀକ୍ଷଣ ହୋଇଛି, ତାହାର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର	
Date of post mortem examination ପଟେ-ଷ୍ଟିମୋରଟମ୍ ପରୀକ୍ଷଣ ହୋଇଥିବାର ତାରିଖ	

Signature of the claimant / ଦାବିଦାରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟ୍-ଓଫ୍ ପକ୍ଷପାତରରେ

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

ଯଦି ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ ଦୁର୍ଘଟଣା ନହେଇ ଅନ୍ୟ କିଛି ଅଟେ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନ ଲିଖିତ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

Nature of illness/ailment ବମୋର/ରୋଗର ପ୍ରକାର	
Duration of illness/ailment. ବମୋର/ରୋଗର ସମୟ	From : ଠାରୁ : To : ପରଯୁକ୍ତତ :
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. ଯଦେଁ ଡାକ୍ତର/ହସ୍ପିଟାଲରେ ଡାଇଗ୍ନୋସିସ୍ ଓ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଥିଲା ତାହାର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor ଜୀବନ ବିମୂଳକର ସାଧାରଣ/ପରିବାରୀକ ଡାକ୍ତରଙ୍କର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର	
How Long has deceased been under treatment? ମୃତକ କେବେ ଠାରୁ ଡାକ୍ତର ଚିକିତ୍ସା କରାଉଥିଲେ?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem ଯଦି ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମ କରାଯାଇଥିଲା ତେବେ ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମର ତାରିଖ	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

ପୂର୍ବ ରୋଗ ବିବରଣୀ, ଯଦି କିଛି ଅଛି ତେବେ, ଏବଂ ତାହାର ଚିକିତ୍ସାର ବିବରଣୀ (ଦୟାକରି ପୂର୍ବ ଚିକିତ୍ସାର କାଗଜ ପତ୍ର ସଂଯୋଗ କରନ୍ତୁ)

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)

ରୋଜଗାର ବିବରଣୀ – ସତେବେଳେ ପୁରଣ କରାଯିବ ଯତେବେଳେ ପଲିସୀର ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ ବୀମାୟୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି କଟ୍-ଓଫ୍ ଚାକିରି କରୁଥିବେ

(ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଏବଂ ମଡିକାଲ ଆଧାରରେ ଛୁଟି ନବୋ ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ ହେଇଥିବା ଡାକ୍ତରୀ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ନକଲ ଯୋଡନ୍ତୁ)

Employers Name: ନିଯୁକ୍ତକାରୀଙ୍କ ନାମ	
Address : ଠିକଣା	
Telephone No of Employer ନିଯୁକ୍ତକାରୀଙ୍କ ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର	
Designation at work place/business କାର୍ଯ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ସ୍ଥାନ/ବ୍ୟବସାୟରେ ପଦବୀ	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. ନିଯୁକ୍ତିର ପ୍ରକାର : ମନୁଆଲ / କୁଶଳ / ଅକୂଶଳ / ଟେକନିକାଲ / କ୍ଲର୍କାଲ / ସୁପରଭାଇଜରୀ / ପ୍ରବନ୍ଧକାରୀ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଯାନ୍ତ୍ରିକ / କଳାରିକାଲ / ସୁପରଭାଇଜରୀ / ପ୍ରବନ୍ଧକାରୀ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ	
P.F. No. / Employee No / ପି.ଏଫ୍ ସଂଖ୍ୟା / କର୍ମଚାରୀ ସଂଖ୍ୟା	

Details of Other Policies held by the deceased / ମୃତକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିଆଯାଇଥିବା ଅନ୍ୟ ବୀମା ପଲିସୀଗୁଡ଼ିକର ବିବରଣୀ:

Name of Company କମ୍ପାନୀର ନାମ	Policy No. ପଲିସୀ ସଂଖ୍ୟା	Commencement date ଆରମ୍ଭ ହେବାର ତାରିଖ	Sum Assured ବୀମା ହେଇଥିବା ରାଶି	Have you received the claim amount ଆପଣଙ୍କର ଦାବି କରିଥିବା ରାଶି ମିଳି ଯାଇଛି କି?

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

ଟିପ୍ପଣୀ: ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ ବିବରଣୀ ସ୍ଥାନ ପୂର୍ଣ୍ଣ ହେଉ ନାହିଁ ତେବେ ଆପଣ ଅଲଗା ଭାବରେ ଏକ ସଫା କାଗଜ ବ୍ୟବହାର କରିପାରିବେ

Signature of Claimant/ଦାବିଦାରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟାଣସି ପକ୍ଷପାତରରେ

CLAIMANT(S) Details / ଦାବିଦାରଙ୍କର ବିବରଣୀ

Claimant Name in Full ଦାବିଦାରଙ୍କର ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) ଦାବିଦାରଙ୍କର ଠିକଣା (ଦୟାକରି ଏଥିମଧ୍ୟରୁ କଟାଣସି ଏକ କାଗଜପତ୍ର ଘରର ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ଭାବରେ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରନ୍ତୁ)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill ଟେଲିଫୋନ୍ ବିଲ୍ <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟ ଷ୍ଟେଟମେଣ୍ଟ /ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍ <input type="checkbox"/> Electricity Bill ଇଲେକ୍ଟ୍ରିକିଟି ବିଲ୍ <input type="checkbox"/> Ration Card ରାଶନ କାର୍ଡ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority ମାନ୍ୟତା ପ୍ରାପ୍ତ ଜନ ଅଧିକାରୀଙ୍କର ପତ୍ର <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months ବର୍ଷେ ଲିଜ୍ ଟୁକ୍ତି ସହିତ ବରତମାନ 3 ମାସର ଭଡା ରସିଦ୍ <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence ଘର ଠିକଣା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ନିଯୁକ୍ତିକାରୀଙ୍କର ପ୍ରମାଣପତ୍ର
Telephone No. : ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର	
Mobile No. : ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର	
Relationship with the Life Assured : ବୀମା ଧାରକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ	
Date of Birth : ଜନ୍ମ ତାରିଖ	
Occupation ବୃତ୍ତି	<input type="checkbox"/> Service ଚାକିରି <input type="checkbox"/> Business ବ୍ୟବସାୟ <input type="checkbox"/> Housewife ଗୃହିଣୀ <input type="checkbox"/> Self Employed ନିଜସ୍ୱ ଚଳାଣି <input type="checkbox"/> Others ଅନ୍ୟାନ୍ୟ If Others(Please specify) _____ ଯଦି ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ଦୟାକରି ସ୍ପଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof ଦାବିଦାରଙ୍କର ଫଟୋ ପରିଚୟ ପତ୍ରର ଏକ ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ	<input type="checkbox"/> Passport ପାସ୍‌ପୋର୍ଟ <input type="checkbox"/> PAN Card ପ୍ୟାନ କାର୍ଡ <input type="checkbox"/> Voter Identity Card ଭୋଟର ପରିଚୟ ପତ୍ର <input type="checkbox"/> Driving License ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority ମାନ୍ୟତା ପ୍ରାପ୍ତ ଜନ ଅଧିକାରୀଙ୍କର ଠିକା <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official ଦାବିଦାରଙ୍କର ଫଟୋ ଏସବିଆଇ ଲାଇଫ ଅଧିକାରୀଙ୍କର ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ
Nature of title to the policy monies ପଲିସି ଧନର ଶୀର୍ଷକର ପ୍ରକାର	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others ପ୍ରସ୍ତାବକ/ନାମାଞ୍ଜିତ/ପୁଷ୍ଟାଞ୍ଜିତ/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ

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

ଦାବିଦାରଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ (ଦୟାକରି ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକର ନକଲ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

Name of Bank ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ	
Branch Code Number ଶାଖାର କୋଡ୍ ନମ୍ବର	
IFSC Code No ଆଇ.ଏଫ.ଏସ.ସି କୋଡ୍ ନମ୍ବର	
Account Number ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର	
Address of bank ବ୍ୟାଙ୍କର ଠିକଣା	

Signature of Claimant/ଦାବିଦାରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କୌଣସି ପକ୍ଷପାତରତେ

CLAIMANT's DECLARATION/ ଦାବିଦାରଝଙ୍କର ଉଦ୍ଘୋଷଣା

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.

ମୁଁ-----ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ଏହି କଥାର ଘୋଷଣା ତଥା ସ୍ଵପଞ୍ଜର କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଝଙ୍କ ଅଧିକୃତ ଦାବିଦାର ଅଟେ ତଥା ଏଠାର ଘଟଣାଗୁଡ଼ିକ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ବିବରଣୀ ସବୁ ପ୍ରକାରରତେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସ୍ଵପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ।

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.

ମୁଁ ଏଠାରେ ଏହା ଅଧିକୃତ କରୁଛି ଯେ କୌଣସି ମେଡିକାଲ୍ ପ୍ରାକ୍ଟିସ୍ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା ନର୍ସିଂ ହୋମ୍ କିମ୍ବା ମେଡିକାଲ୍ କ୍ଲିନିକ୍ ଯିଏ ବୀମାକାରୀଙ୍କର କୌଣସି ବେମାର କିମ୍ବା ରୋଗ ଯାଞ୍ଚ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ତାଙ୍କର ଦେଖାଶୁଣାରେ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଛି ଜାଣି ବୀମା ପଲିସୀ ପାଇଁ ଯିଏ ପୂର୍ବରୁ କିମ୍ବା ପରେ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ସୂଚନା ଯାହା ବିମାକାରୀଙ୍କ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଅଟେ ଏବଂ ସେ, ପ୍ରାପ୍ତ କରିଥିବା କିମ୍ବା ଅଭିଯୋଗର ସମାଧାନ ଫୋରମକୁ ପ୍ରଦାନ କରିପାରିବେ । ମୁଁ ଏହାର କ୍ଷମ୍ପ କରୁଛି, ଆଇନତଃ, କିମ୍ବା ଅଧିକୃତ ପ୍ରତିନିଧିଅଟେ କି ଅଧିକୃତ କରିବାର ପ୍ରକ୍ରିୟା ଅପରିବର୍ତ୍ତନୀୟ ଅଟେ ତଥା କିଛି ସମୟ ପାଇଁ କୌଣସି ଆଇନତଃ ପ୍ରଥା ଯାହା ତାଙ୍କ ପାଖରେ ଉପଲବ୍ଧ ରହିଛି ଗୋପନୀୟତା ଆଧାରରେ ତାହା ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ଜ୍ଞାନ କିମ୍ବା ସୂଚନା ପ୍ରତିବନ୍ଧିତ କରିବା ଠାରୁ ଅଟକାଏ ।

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.

ଆହୁରି, ମୁଁ ଏଠାରେ ଯେକୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ, ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ନିଯୁକ୍ତକାରୀ, ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସଂସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକ, ପୁରତିଷ୍ଠାନ କିମ୍ବା ବ୍ୟକ୍ତିଝଙ୍କୁ ଏସବିଆଇ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ କୁ ଉନ୍ମୋଚନ କରିବାକୁ ସ୍ଵୀକୃତ କରାଉଛି ଏହାର ସ୍ଵୀକୃତ ପୁରତିନିଧିଝଙ୍କୁ ମୃତକ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଯେକୌଣସି ସୂଚନା କିମ୍ବା ରକେରଡ୍ ପ୍ରଦାନ କରିପାରିବେ । ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ଵାରା ସ୍ଵପଞ୍ଜର କରୁଛି ଯେ ଏପରି ସୂଚନାରେ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ସୂଚନା ଯଥା ଏତଦ୍ କିମ୍ବା ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ କିମ୍ବା ଉରଗସ ସବେନର ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିପାରିବେ ଏବଂ ଶାରୀରିକ ଇତିବୃତ୍ତି ତଥା ବିମାକାରୀଝଙ୍କର ଆୟ କିମ୍ବା ବୀମା ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସୂଚନା ସହିତ (ପରାମର୍ଶ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା, ସ୍ଵିଚ୍ଚିତ ତଥା ବୀମାକାରୀଝଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଡର ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଯେକୌଣସି ସୂଚନା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଟେ ।

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.

ମୁଁ ଏଠାରେ ଉଦ୍ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ସ୍ଵୀକୃତ କରୁଛି । ମୁଁ ମଧ୍ୟ ରାଜି ଅଟେ ଯେ ଏସବିଆଇ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ କିମ୍ବା ଏହାର ସ୍ଵୀକୃତ ପୁରତିନିଧିଝଙ୍କୁ ସୂଚନା ଏକତ୍ର କରିବାକୁ କିମ୍ବା ଯେକୌଣସି ସୂଚନା ଯାହା ହୁଏତ ଏହି ଦାବି ମୂଲ୍ୟାୟନ କରିବାରତେ ସହାୟକ ହବେ ସେଥିପାଇଁ ଏବଂ ସୂଚନା ଯେକୌଣସି ଭାବରେ ମୂଲ୍ୟାୟନ ପାଇଁ ବ୍ୟବହାର କରିବାକୁ ସହାୟତା ପ୍ରଦାନ କରିବି ।

Name of Witness / ସାକ୍ଷୀଝଙ୍କ ନାମ

Signature/ ଦସ୍ତଖତ

Address / ଠିକଣା

Tel No/Mob No / ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର/ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର

Name in Block Letters: _____
ନାମ

Signature/ Thumb Impression of the claimant:
ଦାବିଦାରଝଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ/ଟିପ୍ ରିହ୍ନ

Date: _____
ତାରିଖ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟ୍-ଓଫ୍ ପକ୍ଷପାତରେ

VERNACULAR DECLARATION / ସ୍ୱାଧୀନ ଭାଷା ଘଠେ-ଘଣା:

(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.)
(ନିମ୍ନଲିଖିତ ଘଠେ-ଘଣା ପୂରଣ କରାଯିବ ଯଦି ଯେତେବେଳେ ଦାବି ଫର୍ମରେ ଦାବିଦାରଙ୍କର କଟ୍-ଓଫ୍ ସ୍ୱାଧୀନ ଭାଷା ରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଥିବେ କିମ୍ବା ଦସ୍ତଖତ ସ୍ଥାନରେ ଟିପ୍ପି ଚିହ୍ନ ଲଗାଇଥିବେ)

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.

ମୁଁ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କୁ ଏହି ଦାବି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ (ଭାଷା) ରେ ବୁଝାଇଛି ତଥା ଏହା ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିଛି ଯେ ଏହା ଦ୍ୱାରା ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ଉତ୍ତମ ଭାବରେ ବୁଝି ଛନ୍ତି । ମୁଁ ଦାବି ଫର୍ମରେ ମୋ ଯାଇଥିବା ପ୍ରଶ୍ନ ଉପରେ ଦାବିଦାରଙ୍କ ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକକୁ ଯତ୍ନ ଭାବରେ ଦର୍ଶାଇଛି । ମୁଁ ଦାବିକର୍ତ୍ତାଙ୍କୁ ତାଙ୍କର ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକ ପଢ଼ି ଶୁଣାଇଛି ତଥା ଯେ ଏହା ସ୍ପଷ୍ଟ କରିଛନ୍ତି ଯେ ଏହା ସଠିକ୍ ଅଟେ ତଥା ଏହାକୁ ଭଲ ଭାବରେ ବୁଝିକରି ଟିପ୍ପି ଚିହ୍ନ ଲଗାଇଛନ୍ତି ।

Name of the Declarant: _____

ଘଠେ-ଘଣାକାରୀଙ୍କ ନାମ

Address: _____

ଠିକଣା

Signature of the Declarant: ଘଠେ-ଘଣାକାରୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

Place / ସ୍ଥାନ: _____

Date / ତାରିଖ: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / ଏହି ବିବରଣୀରେ ନିମ୍ନକତକେ-1 ମଧ୍ୟସ୍ତର ଯକେକଟ୍-ଓଫ୍ ଜଣଙ୍କର ସାକ୍ଷ୍ୟ/ଘଠେ-ଘଣାକାରୀ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd.
ଏସ୍‌ବିଆଇ ଲାଇଫ୍ ପ୍ରତିନିଧି | <input type="checkbox"/> Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd
ଏସ୍‌ବିଆଇ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍‌ସୁରନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡର ୟୁନିଟ୍ ମ୍ୟାନାଜର | <input type="checkbox"/> Advocate
ଓକିଲ | <input type="checkbox"/> Bank Manager
ବ୍ୟାଙ୍କ ମ୍ୟାନାଜର | <input type="checkbox"/> Magistrate
ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ |
| <input type="checkbox"/> Block Development Officer
ବ୍ଲକ୍ ବିକାଶ ଅଧିକାରୀ | <input type="checkbox"/> Commissioner of Oaths
ଗପଥ କମିସନର | <input type="checkbox"/> Gazetted officer
ଗଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର୍ | <input type="checkbox"/> President of Panchayat
ପଞ୍ଚାୟତ ଅଧ୍ୟକ୍ଷ | <input type="checkbox"/> Head postmaster
ପୁରଧାନ ପଠେ-ଘଣ୍ଟମାଷ୍ଟର |

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / ଚିପନ୍ତୁ: କଟ୍-ଓଫ୍ ବିବାଦ ସୂଚିତରେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବର୍ଧି ହେବ ।
This printed form is issued on receipt of notice of death claim ଏହି ମୁଦ୍ରିତ ଫର୍ମ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଦାବି ର ଆବେଦନ ପ୍ରାପ୍ତ ହେବା ପରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି ।
To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) ନାମିତ(ଗଣ) କିମ୍ବା ଟ୍ରଷ୍ଟି (ଗଣ) କିମ୍ବା ନିୟତ (ଗଣ) ଫଳ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ ।
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 ଫର୍ମକୁ ଗ୍ରହଣ କରାଯିବା ଅର୍ଥ ଦାବିର ସ୍ୱୀକୃତି ନୁହେଁ । ଏହି ଫର୍ମକୁ କେବଳ ସ୍ୱୀକାର କରିବା କିମ୍ବା ଅନୁସୂଚା ଭାବରେ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରିବା ସୀମିତ ପ୍ରାୟଶ୍ଚେଦନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି ।

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

ଗ୍ରାହକଙ୍କର ରସିଦ୍ ସ୍ୱୀକୃତି: କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ଉପଯୋଗ ପାଇଁ – ଦାବିର ସୂଚନା ମିଳିଲେ ଗ୍ରାହକଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ

Policy Number/s ପଲିସୀ ସଂଖ୍ୟା (ଗୁଡ଼ିକ)	
Name of Claimant ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ	
Branch Name ଶାଖାର ନାମ	Date ତାରିଖ

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
ତାରିଖ ଏବଂ ସମୟ ସହିତ ମଠେ-ଘଣ୍ଟମାଷ୍ଟର (ପ୍ରାପ୍ତକାରୀ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ)

Documents submitted (Tick against Documents received) ପ୍ରାପ୍ତ କାଗଜପତ୍ରର ସମ୍ମୁଖରେ ସଠିକ୍ ଲଗାନ୍ତୁ	Original Policy Document received for policy numbers ପଲିସୀ ସଂଖ୍ୟାର ମୂଳ ପଲିସୀ କାଗଜପତ୍ର	Medical Records/ ମଡିକାଲ୍ ରିପୋର୍ଟ
	Original Death Certificate issued by Local Authority ସ୍ୱାଧୀନ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର	Copy of Post Mortem Report/ ପଠେ-ଘଣ୍ଟମାଷ୍ଟର
	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook Bank Stmt/Crossed Cheque ରତ୍ନକର ବରତ୍ତମାନର ଠିକଣା, ଫଟୋ-ଆଇଡି ପ୍ରମାଣ, ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍, ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ/କ୍ରସ୍ ଟ୍ରାନ୍ସାକ୍ସନ୍ କର୍ମ ହଠାତ୍ ଲିପିବା ଚକ୍	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report ଏଫଆଇଆର୍/ଇଣ୍ଟରପଞ୍ଚନାମା ରିପୋର୍ଟ
	Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate ମଡିକାଲ୍ କାରଣ ପ୍ରମାଣପତ୍ରର ପ୍ରାପ୍ତି	Cancelled Cheque (For Direct Credit) ବାତିଲ୍ ହଠେ-ଘଣ୍ଟମାଷ୍ଟର ଚକ୍ (ସିଧା ଜମା କରିବା ପାଇଁ)

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟାଣସି ପକ୍ଷପାତରତେ

Authorization

ଅନୁମୋଦନ

(To be signed by the claimant)

(ଦାବିଦାରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ)

To,

ପୁରାପୂର୍ଣ୍ଣ,

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

ମୁଁ, ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ

(ନାମ)

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

ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ

(ବୀମାଧାରୀ ମୃତକଙ୍କ ନାମ) ସହ

(ସମ୍ବନ୍ଧ)

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

ଏସବିଆଇ ନୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଏହାର ଉପସ୍ଥିତ ଅଧିକୃତ ପ୍ରତିନିଧିଙ୍କୁ ମୋର ସ୍ୱୀକୃତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛି

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

(ଫଟୋକପି ସହିତ) ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀଙ୍କ ସମସ୍ତ ରୋଗଗାର/ମଡିକାଲ/ଡାକ୍ତରୀ ରକେର୍ଡ/ଅନ୍ୟ ରକେର୍ଡ / ଚିକିତ୍ସା

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

ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସୂଚନା ନିଲେପାରିବେ ।

Yours faithfully,

ଆପଣଙ୍କର ବିଶ୍ୱସ୍ତ,

Signature of the claimant

ଦାବିଦାରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

Name of the claimant: _____

ଦାବିଦାରଙ୍କର ନାମ

Policy No. _____

ପଲିସୀ ସଂଖ୍ୟା

Date: _____

ତାରିଖ

WITHOUT PREJUDICE / ବିନା କଟ୍-ଗସି ପକ୍ଷପାତରରେ
Direct Credit Mandate / ପରତ୍ସକ୍ଷ ଜମା ସହମତ

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:

ମୁଁ/ଆମେ _____ (ନାମିତ/ପୁଷ୍ଟଠକତା/ଟ୍ରଷ୍ଟି) ଏହା ଦ୍ୱାରା ଏସବିଆଇ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡକୁ ଏହା ପାଇଁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି କି ଦାବି ଠାରୁ ମିଳିଥିବା ରାଶି ଟ _____ କୁ ନିମ୍ନରରେ ଥିବା ବିବରଣୀ ଅନୁସାରେ, ମତେ/ମତଙ୍କୁ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ସିଧାସଳଖ ଭାବରେ ଜମା ହେବ ।

Account No ଖାତା ସଂଖ୍ୟା. _____

Bank Name ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ _____

Type of Account Savings Bank Current
ଖାତାର ପ୍ରକାର ସଞ୍ଚିତ ଖାତା ବର୍ତ୍ତମାନ
 Overdraft Cash Credit
ଓଭରଡ୍ରାଫ୍ଟ କ୍ୟାସ୍ କ୍ରେଡିଟ୍

Branch Name _____

ଶାଖା ନାମ

IFSC Code No _____

IFSC କୋଡ୍ ସଂଖ୍ୟା

Name of the Accountholder _____

ଖାତା ଧାରକଙ୍କ ନାମ

Any one of the following is applicable

ନିମ୍ନ ଠାରୁ କଟ୍-ଗସି ଗଠିତ ପରପ୍ରକ୍ଷ ଅଟେ

Attach pre-printed (Name) cancelled cheque
ପୂର୍ବ ମୁଦ୍ରିତ (ନାମ) ର ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍

OR / କିମ୍ବା

Self Attested Copy of Bank Passbook/
Statement/ ଅନୁପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍/ବ୍ୟାଙ୍କ
ଷ୍ଟେଟମେଣ୍ଟ

OR / କିମ୍ବା

Signature of Bank Branch Manager with
Seal / ବ୍ୟାଙ୍କର ଶାଖା ପ୍ରବନ୍ଧକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ଓ ମତେ/ହର

Sign & Seal / ଦସ୍ତଖତ / ବ୍ୟାଙ୍କ ମତେ/ହର

Designation: _____ Place: _____

ପଦବୀ: _____ ସ୍ଥାନ:-----

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.

ମୁଁ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି କି କଟ୍-ଗସି କାରଣରୁ ପରତ୍ସକ୍ଷ ଜମାର ଅସଫଳତା କ୍ଷତେରରେ ଏସବିଆଇଏଲ୍ ଦାୟୀ ରହିବ ନାହିଁ । ମୁଁ ଏହା ମଧ୍ୟ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଯେ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା କଟ୍-ଗସି ପ୍ରକାର ବ୍ୟାଙ୍କ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ତ୍ରୁଟି ଯୋଗୁଁ ଯକେକୋଗସି ହାନି ପାଇଁ ଏସବିଆଇଏଲ୍ ଦାୟୀ ରହିବ ନାହିଁ ।

Signature of the Claimant _____

ଦାବିଦରଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ

Policy Number _____

ପଲିସି ସଂଖ୍ୟା

Date/ ତାରିଖ: _____

***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.**

*ଅସ୍ୱୀକାର- ଦାୟୀକରି ଧିୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ କି ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ଦାବୀର ରାଶିର ପରତ୍ସକ୍ଷ ଜମା କରାଯିବ ଯତେବେଳେ କି ବ୍ୟାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟାଙ୍କ ନିୟମ ଅନୁସାରେ ଏହା ସମ୍ଭବ କିମ୍ବା ସ୍ୱୀକୃତ ହେବ, ପରତ୍ସକ୍ଷ ଜମା ଏତେବେଳେ ସମ୍ଭବ ହେବ ଯତେବେଳେ ଏକ ପୂର୍ବ ମୁଦ୍ରିତ ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ସଂଲଗ୍ନ କରାଯାଇଥିବ କିମ୍ବା ଉପରଲିଖିତ ଖାତା ବିବରଣୀ ସହିତ ବ୍ୟାଙ୍କର ଶାଖା ପ୍ରବନ୍ଧକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଅନୁପ୍ରମାଣିତ ହୋଇଥିବ ଯତେବେଳେ ଏହି ଖାତା ରାଲୁଛି । ଏସବିଆଇ ଲାଇଫ୍ ନାମିତ/ନିୟତ୍ତ ହୋଇଥିବା/ଟ୍ରଷ୍ଟିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ତ୍ରୁଟି ଯୋଗୁଁ ହୋଇଥିବା କଟ୍-ଗସି ପ୍ରକାରର କ୍ଷତି ପାଇଁ ଦାୟୀ ତଥା ଉତ୍ତର ଦାୟୀ ହେବେ ନାହିଁ ।