

WITHOUT PREJUDICE / **ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ**

Date & Time Stamp  
(Office use only)  
ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮੋਹਰ  
(ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)

**CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM**

ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਬਿਆਨ- ਮੌਤ ਦਾ ਦਾਅਵਾ

**Claimant's photo  
(Signed Across)**  
ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੀ ਫੋਟੋ  
(ਸਮੇਤ ਹਸਤਾਖਰ)

**Please fill this form in English/Hindi only**  
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ/ਹਿੰਦੀ ਵਿੱਚ ਭਰੋ

*Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch*  
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸ਼ਾਖਾ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ।

- (a) Form to be filled in English/Hindi only  
(ੳ) ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਸਿਰਫ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ/ਹਿੰਦੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਭਰੋ।
- (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.  
(ਅ) ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਦਾਅਵਾ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਮੇਤ ਸਬੰਧਤ ਕਾਗਜ਼ਾਤਾਂ, ਅਸਲ ਜਾਂ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ।
- (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  
(ੳ) ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਸਾਰੀ ਘੋਸ਼ਿਤ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਲਮ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਨਾ ਛੱਡੋ।

Documents to be submitted ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤ	Non Accidental Death ਗੈਰ ਦੁਰਘਟਨਾਤਮਕ ਮੌਤ		Accidental Death ਦੁਰਘਟਨਾਤਮਕ ਮੌਤ	
	Required ਜ਼ਰੂਰੀ	Submitted ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਹੋਏ	Required ਜ਼ਰੂਰੀ	Submitted ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਹੋਏ
Original Policy Document ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤ	Yes ਹਾਂ		Yes ਹਾਂ	
Original Death Certificate issued by Local Authority ਸਥਾਨਕ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਦੀ ਅਸਲ ਕਾਪੀ	Yes ਹਾਂ		Yes ਹਾਂ	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਵਰਤਮਾਨ ਪਤਾ, ਪਹਿਚਾਣ ਪੱਤਰ, ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ/ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਕ੍ਰਾਸ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ	Yes ਹਾਂ		Yes ਹਾਂ	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate ਮੈਡੀਕੋ ਲੀਗਲ ਮੌਤ ਦੇ ਕਾਰਣ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਦੀ ਕਾਪੀ	Yes ਹਾਂ		Yes ਹਾਂ	
Medical Records( Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਪੋਰਟਾਂ (ਦਾਖਲਾ ਨੋਟ, ਡਿਸਚਾਰਜ/ਮੌਤ ਦਾ ਸਾਰ, ਟੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਆਦਿ)	Yes ਹਾਂ		Yes ਹਾਂ	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report ਲਾਸ਼ ਦਾ ਪਰੀਖਣ/ਰਸਾਇਣਿਕ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਕਾਪੀ	No ਨਹੀਂ		Yes ਹਾਂ	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict ਐਫ ਆਈ ਆਰ/ਪੰਚਨਾਮਾ ਰਿਪੋਰਟ/ਪੜਤਾਲੀਆ ਰਿਪੋਰਟ/ ਪੁਲਿਸ ਦੀ ਆਖਰੀ ਰਿਪੋਰਟ/ਮੈਜਿਸਟ੍ਰੇਟ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਕਾਪੀ	No ਨਹੀਂ		Yes ਹਾਂ	
Others (Please mention.....) ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਨਣ ਕਰੋ.....)				

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

ਦਾਵੇ ਦੇ ਜਲਦੀ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਕ੍ਰਿਪਾ ਸਬੰਧਤ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ। ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼/ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਕੋਲ ਹੈ।

Signature of the claimant / ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

**Please fill this form in English/Hindi only**  
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ/ਹਿੰਦੀ ਵਿੱਚ ਭਰੋ

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

**PARTICULARS OF INSURED: ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਿਵਰਣ:**

Policy No (s): ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:	
Date of Birth ਜਨਮ ਮਿਤੀ	
Gender: ਲਿੰਗ:	<input type="checkbox"/> Male ਆਦਮੀ <input type="checkbox"/> Female ਔਰਤ
Deceased Name in Full: ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ:	
Occupation / Main Duties : ਪੇਸ਼ਾ/ਮੁੱਖ ਕੰਮ:	
Marital Status at time of death ਮੌਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ	<input type="checkbox"/> Single ਇੱਕਲਾ <input type="checkbox"/> Married ਵਿਆਹੁਤਾ <input type="checkbox"/> Divorced ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ <input type="checkbox"/> Widowed ਵਿਧਵਾ
Residential Address : ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ :	
Telephone Number ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
Mobile Number ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:	

**DETAILS OF DEATH: ਮੌਤ ਸਬੰਧੀ ਵਿਵਰਣ**

Date of Death : ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ	
Time of Death : ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ (ਮੌਤ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾਂ ਦੱਸੋ, ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ/ਸੰਸਥਾਨ/ਘਰ- ਜਗ੍ਹਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਦੱਸੋ)	
Date and Time of Cremation/ burial : ਆਖਿਰੀ ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦਾ ਦਿਨ ਅਤੇ ਸਮਾਂ	
Cause of Death ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਕਾਪੀਆਂ/ਮੌਤ ਦਾ ਵਿਵਰਣ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਹੈ (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)

If NO – Please provide the reason ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ – ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ

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

ਜੇਕਰ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦੁਰਘਟਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

Date of accident : ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ	
Time of accident : ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਮਾਂ	
Name : ਨਾਂ Address : ਪਤਾ Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged ਉਸ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਿੱਥੇ ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ. ਦਰਜ ਹੋਈ	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed ਜਿਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਪ੍ਰੇਖਣ ਹੋਇਆ, ਉਸਦਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
Date of post mortem examination ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਪ੍ਰੇਖਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	

Signature of the claimant /ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

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

ਜੇਕਰ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦੁਰਘਟਨਾ ਨਾ ਹੋ ਕੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਹੈ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

Nature of illness/ailment ਬੀਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	
Duration of illness/ailment. ਬੀਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਦਾ ਸਮਾਂ	From : ਤੋਂ: To : ਤੱਕ:
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਉਸਦਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦਿਓ।	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੇ ਸਮਾਨ/ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
How Long has deceased been under treatment? ਮ੍ਰਿਤਕ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਉਸਦੇ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਰਿਹਾ ਸੀ?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem ਜੇਕਰ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਤਾਂ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਦੀ ਮਿਤੀ	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

ਪਹਿਲੇ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਵਿਵਰਣ (ਕ੍ਰਿਪਾ ਪਿਛਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ)

**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)

ਰੋਜਗਾਰ ਦੇ ਵਿਵਰਣ- ਉਦੋਂ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ ਜਦ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇਰਾਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਸੀ।

(ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਯੋਜਕ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਆਧਾਰ ਤੇ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਲਈ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ)

Employers Name: ਨਿਯੋਜਕ ਦਾ ਨਾਂ	
Address : ਪਤਾ	
Telephone No of Employer ਨਿਯੋਜਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
Designation at work place/business ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ/ਪੇਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਅਹੁੱਦਾ	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. ਰੋਜਗਾਰ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀਆਂ: ਮੇਨੂਅਲ/ਕੁਸ਼ਲ/ਅਕੁਸ਼ਲ/ਤਕਨੀਕੀ/ਲੀਪਿਕ/ਸੁਪਰਵਾਈਜਰੀ/ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ/ਹੋਰ	
P.F. No. / Employee No /ਪੀ. ਐਫ. ਨੰਬਰ/ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੰਬਰ	

**Details of Other Policies held by the deceased / ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਲਈ ਗਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦਾ ਵਿਵਰਣ:**

Name of Company ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ	Policy No. ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	Commencement date ਆਰੰਭ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	Sum Assured ਬੀਮਾ ਰਾਸ਼ੀ	Have you received the claim amount ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਾਅਵਾ ਰਾਸ਼ੀ ਮਿਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ।

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

ਟਿੱਪਣੀ: ਜੇਕਰ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਗ੍ਹਾ ਉਚਿਤ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਲੱਗ ਤੋਂ ਇਕ ਸਾਢੇ ਕਾਰਜ ਦਾ ਪ੍ਰਯੋਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Signature of Claimant/ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

\_\_\_\_\_

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

CLAIMANT(S) Details / ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਬਿਓਰਾ

Claimant Name in Full ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਕਿ੍ਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਇਕ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill ਟੈਲੀਫੋਨ ਬਿਲ <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook ਬੈਂਕ ਅਕਾਊਂਟ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ <input type="checkbox"/> Electricity Bill ਬਿਜਲੀ ਦਾ ਬਿਲ <input type="checkbox"/> Ration Card ਰਾਸ਼ਨ ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰਚਲਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਤੋਂ ਪੱਤਰ <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months ਉਚਿਤ ਲੀਜ਼ ਸਹਿਮਤੀ ਪੱਤਰ ਦੇ ਨਾਲ ਹਾਲ ਦੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਰਸੀਦ <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਨਿਯੋਜਕ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ
Telephone No. : ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	
Mobile No. : ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ	
Relationship with the Life Assured : ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧ	
Date of Birth : ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ	
Occupation ਪੇਸ਼ਾ	<input type="checkbox"/> Service ਨੌਕਰੀ <input type="checkbox"/> Business ਕਾਰੋਬਾਰ <input type="checkbox"/> Housewife ਘਰੇਲੂ ਔਰਤ <input type="checkbox"/> Self Employed ਸਵੈਰੋਜਗਾਰ <input type="checkbox"/> Others ਹੋਰ If Others(Please specify) _____ ਜੇਕਰ ਹੋਰ (ਕਿ੍ਪਾ ਕਰਕੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰੋ)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof ਕਿ੍ਪਾ ਕਰਕੇ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੀ ਫੋਟੋ ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਲਗਾਓ।	<input type="checkbox"/> Passport ਪਾਸਪੋਰਟ <input type="checkbox"/> PAN Card ਪੈਨ ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> Voter Identity Card ਵੋਟਰ ਪਹਿਚਾਣ ਪੱਤਰ <input type="checkbox"/> Driving License ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰਚਲਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ ਤੋਂ ਪੱਤਰ <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੀ ਫੋਟੋ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਲਾਈਫ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ
Nature of title to the policy monies ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਧਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ/ਮਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ/ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ/ਹੋਰ

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

ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਬੈਂਕ ਦਾ ਵਿਵਰਣ (ਕਿ੍ਪਾ ਕਰਕੇ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

Name of Bank ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ	
Branch Code Number ਬ੍ਰਾਂਚ ਦਾ ਕੋਡ ਨੰਬਰ	
IFSC Code No IFSC ਕੋਡ ਨੰਬਰ	
Account Number ਅਕਾਊਂਟ ਨੰਬਰ	
Address of bank ਬੈਂਕ ਦਾ ਪਤਾ	

Signature of Claimant/ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

\_\_\_\_\_

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

**CLAIMANT's DECLARATION / ਦਾਵਕਰਤਾ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ**

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.

ਮੈਂ ..... ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮ੍ਰਿਤਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਇਹ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਕਥਨ ਹਰ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸੱਚ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਹਨ।

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.

ਮੈਂ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੀਨਿਕ ਜੋ ਜਾਂ ਜਿਸਨੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਕਿਸੇ ਬੀਮਾਰੀ ਜਾਂ ਰੋਗ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਇਲਜ਼ਾ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਇਹ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੇ ਸਿਹਤ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ/ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ, ਇਸ ਦੇ ਕਿਸੇ ਦਫਤਰ, ਜਾਂ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿੱਧੀ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਆਂਘਰ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰੁਸਤ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਟੱਲ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਮਾਂਵਿਧੀ ਦੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨ, ਪ੍ਰਥਾ ਜਾਂ ਉਪਯੋਗ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਸ਼ਿਅਨ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕੋਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੇ ਕਾਰਣ ਉਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕੋਈ ਗਿਆਨ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੋ ਉਸਦੇ ਕੋਲ ਉਪਲੱਬਧ ਹੈ ਗੋਪਨਿਯਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਪ੍ਰਤੀਬੱਧ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ/ਰੋਕਦੀ ਹਾਂ।

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.

ਅੱਗੇ ਮੈਂ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਗਠਨ, ਨਿਯੋਜਕ, ਹੋਰ ਸੰਗਠਨ, ਸੰਸਥਾਨ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਲਈ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ, ਇਸ ਦੇ ਉਪਯੁਕਤ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿੱਧੀ ਨੂੰ ਮ੍ਰਿਤਕ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਸੂਚਨਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਪਰੇ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਸਿਹਤ (ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾ ਜਾਂ ਅਲਕੋਹਲ ਦੇ ਸੇਵਨ, ਏਡਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਅਤੇ ਸਰੀਰਿਕ ਇਤਿਹਾਸ, ਸਥਿਤੀ, ਸਲਾਹ ਜਾਂ ਇਲਾਜ) ਸਬੰਧੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਨਾਲ, ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਲਾਭ, ਅਤੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੇ ਅਕਾਊਂਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ।

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.

ਮੈਂ ਇਖ਼ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਵੀ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਉਪਯੁਕਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿੱਧੀ ਦੇ ਦਾਵੇ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਲਈ ਸਹਾਇਕ ਉਪਰੋਕਤ ਲਿਖੀ ਸੂਚਨਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾਵੇ ਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਸਤੇਮਾਲ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਕ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗਾ।

Name of Witness / ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_  
 Signature/ ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_  
 Address / ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel No/Mob No / ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ/ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

Name in Block Letters: \_\_\_\_\_  
 ਨਾਂ ਪੂਰੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ: \_\_\_\_\_  
 Signature/ Thumb Impression of the claimant: \_\_\_\_\_  
 ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ \_\_\_\_\_  
 Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 ਸਥਾਨ ਮਿਤੀ

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

**VERNACULAR DECLARATION / ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਘੋਸ਼ਣਾ:**

(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.)  
 ਉਪਰੋਕਤ ਲਿਖਿਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਉਦੋਂ ਕਰਨੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਉੱਤੇ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਨੇ ਕਿਸੇ ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੋਵੇ।

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.

ਮੈਂ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇ ਵਸਤੂ ..... (ਭਾਸ਼ਾ) ਸਮਝਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ ਕਿ ਉਸਦੇ ਦੁਆਰਾ ਵਿਸ਼ੇ ਵਸਤੂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੰਗੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਤੇ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਨੂੰ ਸ਼ੁੱਧ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੇ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਸਹੀ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਮਝਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ।

Name of the Declarant: \_\_\_\_\_

ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

Address: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ

Signature of the Declarant: ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Place / ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_ Date / ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

**Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਇਸ ਵਿਵਰਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਗਵਾਹ/ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ**

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd.<br>ਐਜੰਟ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਦਾ ਏਜੰਟ | <input type="checkbox"/> Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd<br>ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਦਾ ਯੂਨਿਟ ਮੈਨੇਜਰ | <input type="checkbox"/> Advocate<br>ਵਕੀਲ                | <input type="checkbox"/> Bank Manager<br>ਬੈਂਕ ਮੈਨੇਜਰ                 | <input type="checkbox"/> Magistrate<br>ਮੈਜਿਸਟ੍ਰੇਟ          |
| <input type="checkbox"/> Block Development Officer<br>ਬਲਾਕ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਅਧਿਕਾਰੀ                              | <input type="checkbox"/> Commissioner of Oaths<br>ਐਥ ਕਮਿਸ਼ਨਰ  | <input type="checkbox"/> Gazetted officer<br>ਗਜ਼ਟਿਡ ਅਫਸਰ | <input type="checkbox"/> President of Panchayat<br>ਪੰਚਾਇਤ ਦਾ ਪ੍ਰਧਾਨ  | <input type="checkbox"/> Head postmaster<br>ਹੈੱਡ ਪੋਸਟਮਾਸਟਰ |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Head master of School<br>ਸਕੂਲ ਦਾ ਹੈੱਡ ਮਾਸਟਰ |  |

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / ਨੋਟ: ਕਿਸੇ ਵਿਵਾਦ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਅੰਗਰੇਜੀ ਅਨੁਵਾਦ ਉੱਚਿਤ ਹੋਵੇਗਾ।  
 This printed form is issued on receipt of notice of death claim ਇਹ ਪ੍ਰਿੰਟਿਡ ਫਾਰਮ ਮੌਤ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੇ ਹੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ  
 To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) ਮਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ (ਜਾਂ) ਜਾਂ ਟ੍ਰਸਟੀ(ਜਾਂ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ(ਜਾਂ) ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ।  
 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  
 ਫਾਰਮ ਦਾ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਦਾਵੇ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਕੇਵਲ ਸੀਮਿਤ ਮੰਤਵ ਦਾਵੇ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੱਖ ਦੇ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

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

ਗ੍ਰਾਹਕਾਂ ਦੀ ਰਸੀਦ ਪਰਚੀ: ਸਿਰਫ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ- ਦਾਵੇ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਮਿਲਣ ਤੇ ਗ੍ਰਾਹਕ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ।

Policy Number/s ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ (ਜਾਂ)											
Name of Claimant ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ											
Branch Name ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਂ											
										Date ਮਿਤੀ	

Date & Time Stamp  
(Sign of receiving official)  
ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮੋਹਰ  
(ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ)

- |   |                          |  |                          |   |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| Documents submitted<br>ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤ<br>(Tick against Documents received)<br>(ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਕਾਗਜ਼ਾਤਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ) | <input type="checkbox"/> | Original Policy Document received for policy numbers<br>ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਦੇ ਲਈ ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼  | <input type="checkbox"/> | Medical Records/ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਪੋਰਟਾਂ:  |
|   | <input type="checkbox"/> | Original Death Certificate issued by Local Authority<br>ਸਥਾਨਕ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਅਸਲ ਮੌਤ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ  | <input type="checkbox"/> | Copy of Post Mortem Report/ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਦੀ ਕਾਪੀ                                     |
|   | <input type="checkbox"/> | Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque<br>ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਵਰਤਮਾਨ ਪਤਾ, ਫੋਟੋ ਪਹਿਚਾਣ ਪੱਤਰ, ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ, ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/ਕਰਾਸ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਚੈੱਕ | <input type="checkbox"/> | Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report<br>ਐਫ ਆਈ ਆਰ/ਇੰਨਕੁਐਸਟ/ਪੰਚਨਾਮਾ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਕਾਪੀ |
|   | <input type="checkbox"/> | Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate<br>ਮੈਡੀਕੋ ਲੀਗਲ ਕਾਊਜ਼ ਓਫ ਮੌਤ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਦੀ ਕਾਪੀ  | <input type="checkbox"/> | Cancelled Cheque(For Direct Credit)<br>ਕੈਂਸਲ ਕੀਤੇ ਚੈੱਕ (ਸਿੱਧੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਈ)         |

WITHOUT PREJUDICE / **ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ**

**Authorization**

**ਅਨੁਮੋਦਨ**

**(To be signed by the claimant)**

**(ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਹਸਤਾਖਿਤ)**

To,  
ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I, Mr. /Ms. \_\_\_\_\_ (Name), \_\_\_\_\_

ਮੈਂ, ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ \_\_\_\_\_ (ਨਾਂ)

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

ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ \_\_\_\_\_ (ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਨਾਂ) ਦਾ \_\_\_\_\_ (ਸਬੰਧ)

Assured) hereby give my consent to SBI Life Insurance Co. Ltd., and/or its representative  
ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ, ਇਸ ਦੇ ਉਪਯੁਕਤ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ  
to obtain (including photocopies) all the employment/medical/hospital records/other  
(ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਸਹਿਤ) ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ \_\_\_\_\_ ਦੇ ਸਾਰੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ/ਮੈਡੀਕਲ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ/ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ ਇਲਾਜ

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

ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੂਚਨਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ

Yours faithfully,

ਤੁਹਾਡਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸਯੋਗਤਰ,

Signature of the claimant

ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Name of the claimant: \_\_\_\_\_

ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

Policy No. \_\_\_\_\_

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Date: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ

WITHOUT PREJUDICE / ਪੱਖਪਾਤ ਰਹਿਤ

**Direct Credit Mandate / ਪ੍ਰਤੱਖ ਜਮਾਂ ਸਹਿਮਤੀ**

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:

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ.....(ਮੋਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ/ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ/ਟ੍ਰਸਟੀ) ਇਥੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਲਈ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਵੇ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਰਕਮ ਰੁ..... ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਵਰਣ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਮੇਰੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾ ਦੇਵੇ।

Account No ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

Bank Name ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

Type of Account ਖਾਤੇ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ  
 Savings Bank ਬੱਚਤ ਖਾਤਾ  
 Current ਚਾਲੂ ਖਾਤਾ  
 Overdraft ਓਵਰਡਰਾਫਟ  
 Cash Credit ਕੈਸ਼ ਕ੍ਰੈਡਿਟ

Branch Name ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

IFSC Code No ਆਈ.ਐਫ.ਐਸ.ਸੀ ਕੋਡ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

Name of the Accountholder ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

**Any one of the following is applicable**

ਹੇਠਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੈ

- Attach pre-printed (Name) cancelled cheque /ਪਰੀ-ਪ੍ਰਿੰਟਡ (ਨਾਂ) ਵਾਲੇ ਕੈਸਲਡ ਚੈੱਕ ਨੱਥੀ ਕਰੋ  
OR /ਜਾਂ
- Self Attested Copy of Bank Passbook/ Statement/ ਸੈਲਫ ਅਟੈਸਟਡ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ/ਸਟੇਟਮੈਂਟ  
OR /ਜਾਂ
- Signature of Bank Branch Manager with Seal / ਬੈਂਕ ਦੀ ਸ਼ਾਖਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਸਮੇਤ ਮੋਹਰ

Sign & Seal / ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਮੋਹਰ

Designation: ਅਹੁੱਦਾ \_\_\_\_\_ Place: ਸਥਾਨ \_\_\_\_\_

**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.**

ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਤੱਖ ਜਮਾਂ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਐਲ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੈਂਕ ਸਬੰਧੀ ਵਿਵਰਣ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਰਹਿ ਜਾਣ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਨੀ ਦੇ ਲਈ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਐਲ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ/ਉਤਰਦਾਈ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

Signature of the Claimant ਦਾਅਵਾਕਰਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_

Policy Number ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

Date/ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

**\*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.**

ਬੇਦਾਵਾ- ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਦਾਵੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਪ੍ਰਤੱਖ ਅੰਤਰਣ ਉਦੋਂ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਬੈਂਕ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਬੈਂਕਿੰਗ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਜਾਂ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤ ਹੋਵੇਗਾ, ਪ੍ਰਤੱਖ ਅੰਤਰਣ ਉਦੋਂ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਇਕ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਿੰਟਡ ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਚੈੱਕ ਨਾਲ ਲਗਾਇਆ ਹੋਵੇਗਾ ਜਾਂ ਉਪਰਲਿਖਿਤ ਖਾਤੇ ਵਿਵਰਣ ਉਸ ਬੈਂਕ ਦੇ ਸ਼ਾਖਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਹੋਣ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਾਤਾ ਚਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮੋਨੋਨੀਤ ਵਿਅਕਤੀ/ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ/ਟ੍ਰਸਟੀ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਨੀ ਦੇ ਲਈ ਐਸ ਬੀ ਆਈ ਲਾਈਫ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।