

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి పక్షపాతం లేకుండా

CLAIMANT'S STATEMENT - DEATH CLAIM

హక్కుదారుని యొక్క స్టేట్‌మెంట్ - డెత్ క్లెయిం

Please fill this form in English/Hindi only
దయచేసి, ఫారంను ఇంగ్లీష్ లేదా హిందీలో మాత్రమే పూర్తి చేయాలి.

Claimant's photo
(Signed Across)
హక్కుదారుని యొక్క ఫోటో
(అడ్డంగా సంతకం చేయవలెను)

Date & Time Stamp
(Office use only)
తేదీ & సమయం స్టాంపు
(ఆఫీసు ఉపయోగార్థం మాత్రమే)

Please submit this form along with the requirements mentioned below at the nearest branch
దయచేసి, ఈ దరఖాస్తును దిగువ పేర్కొనబడ్డ అవశ్యక పత్రాలతో జతచేసి, దగ్గరల్లో ఉన్న బ్రాంచ్‌లో దాఖలు చేయండి.

- (a) Form to be filled in English/Hindi only/ (ఎ) ఫారంను ఇంగ్లీష్ లేదా హిందీలో మాత్రమే పూర్తి చేయాలి.
- (b) Kindly fill up the claim application form complete in all respects and accompanied by relevant documents, original or attested photocopy.
(బి) దయచేసి, దరఖాస్తును అన్ని విధాల పూర్తి చేయండి మరియు అవసరమైన డాక్యుమెంట్ల యొక్క ఒరిజినల్ లేదా అటెస్టెడ్ చేయబడ్డ ఫోటోకాపీలను జతచేయండి.
- (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
(సి) దరఖాస్తును నింపేటప్పుడు, దయచేసి స్పష్టమైన సమాచారాన్ని ఇవ్వండి మరియు పేర్కొనబడ్డ సమాచారం కచ్చితమైనదని మరియు స్పష్టమైనదని ధృవీకరించండి.
ఏ కాలమ్‌ను ఖాళీగా విడిచిపెట్టవద్దు.

Documents to be submitted సమర్పించాల్సిన డాక్యుమెంట్లు	Non Accidental Death ప్రమాదేతర మరణం		Accidental Death ప్రమాదవశాత్తు మరణం	
	Required అవశ్యకమైనవి	Submitted సమర్పించాల్సినవి	Required అవశ్యకమైనవి	Submitted సమర్పించాల్సినవి
Original Policy Document ఒరిజినల్ పాలసీ డాక్యుమెంట్లు	Yes అవును		Yes అవును	
Original Death Certificate issued by Local Authority స్థానిక అధికారుల ద్వారా జారీచేయబడ్డ ఒరిజినల్ డెత్ సర్టిఫికేట్	Yes అవును		Yes అవును	
Claimant's Current Address, ID proof, Bank Pass Book/Bank Stmt/Crossed Cheque హక్కుదారుని యొక్క ప్రస్తుత చిరునామా, ఐడి ప్రూఫ్, బ్యాంకు పాస్ బుక్/బ్యాంక్ స్టేట్‌మెంట్/క్రాస్ చేయబడ్డ చెక్	Yes అవును		Yes అవును	
Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate డెత్ సర్టిఫికేట్ యొక్క మెడికో లీగల్ కారణం యొక్క కాపీ	Yes అవును		Yes అవును	
Medical Records(Admission Notes, Discharge/Death Summary, Test Reports, etc) మెడికల్ రికార్డులు(అడ్మిషన్ నోట్స్, డిశ్చార్జ్/డెత్ సమ్మరీ, టెస్ట్ రిపోర్టులు మొదలైనవి)	Yes అవును		Yes అవును	
Copy of Post Mortem /Chemical Analysis Report పోస్ట్ మార్టమ్ /రసాయనిక విశ్లేషణ రిపోర్టు యొక్క కాపీ	No లేదు		Yes అవును	
Copy of FIR/Panchanama Report/Inquest Report/ Police Final Report/Magistrate's Verdict ఎఫ్ఐఆర్/పంచనామా రిపోర్టు/ న్యాయవిచారణ రిపోర్టు/పోలీస్ ఫైనల్ రిపోర్టు/మేజిస్ట్రేట్ తీర్పు కాపీ	No లేదు		Yes అవును	
Others (Please mention.....) ఇతరాలు(దయచేసి పేర్కొనండి.....)				

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

క్లెయిం యొక్క వేగవంతమైన ప్రాసెసింగ్ కొరకు, దయచేసి, సంబంధిత అనుబంధ పత్రాలన్నింటినీ సమర్పించండి. అదనపు పత్రాలు/అవశ్యకతలను కోరే హక్కును సంస్థ కలిగి ఉంటుంది.

Signature of the claimant / హక్కుదారుని సంతకం

Please fill this form in English/Hindi only
దయచేసి ఈ ఫారంను ఇంగ్లీష్ లేదా హిందీలో మాత్రమే పూర్తి చేయాలి

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షపాతం లేకుండా

PARTICULARS OF INSURED: బీమాచేసిన వ్యక్తి యొక్క వివరాలు :

Policy No (s): పాలసీ నెంబరు(లు):	
Date of Birth పుట్టిన తేదీ	
Gender: లింగం:	<input type="checkbox"/> Male పురుషుడు <input type="checkbox"/> Female స్త్రీ
Deceased Name in Full: మరణించిన వ్యక్తి యొక్క పూర్తి పేరు	
Occupation / Main Duties : వృత్తి/ప్రధాన విధులు	
Marital Status at time of death మరణించే సమయంలో వినాహ స్థితి	<input type="checkbox"/> Single సింగిల్ <input type="checkbox"/> Married వివాహితుడు <input type="checkbox"/> Divorced విడాకులు తీసుకున్నవారు <input type="checkbox"/> Widowed వైధవ్యం సంక్రమించిన వారు
Residential Address : ఇంటి చిరునామా:	
Telephone Number: టెలిఫోన్ నెంబరు:	
Mobile Number మొబైల్ నెంబరు :	

DETAILS OF DEATH: మరణానికి సంబంధించిన వివరాలు

Date of Death : మరణించిన తేదీ	
Time of Death : మరణించిన సమయం	
Place of death (State location of death e.g. hospital/institute/home – State name of location & address) : మరణించిన స్థలం(మరణించిన స్థలాన్ని పేర్కొనండి, ఉదా: ఆసుపత్రి/సంస్థ/ఇల్లు- స్థలం యొక్క పేరు మరియు చిరునామాను పేర్కొనండి)	
Date and Time of Cremation/ burial : అంత్యక్రియలు/ఖననం జరిగిన తేదీ మరియు సమయం:	
Cause of Death మరణానికి కారణం:	

Copies of discharge/ death summary enclosed (YES / NO) డిశ్చార్జ్/ మరణ సారాంశం యొక్క కాపీలు జతచేయబడ్డాయా(అవును/కాదు)

If NO – ఒకవేళ కాదు అయితే దయచేసి కారణాన్ని తెలియజేయండి

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

ఒకవేళ మరణానికి కారణం, ప్రమాదం అయితే దయచేసి ఈ దిగువ వాటిని అందించండి:

Date of accident : ప్రమాదం జరిగిన తేదీ	
Time of accident : ప్రమాదం జరిగిన సమయం	
Name : పేరు Address : చిరునామా	
Telephone no. of the Police station where F.I.R. has been lodged ఎఫ్ఐఆర్ నమోదు చేసిన పోలీస్ స్టేషన్ యొక్క ఫోన్ నెంబరు	
Name, address and telephone no. of hospital where post mortem examination has been performed పోస్ట్ మార్టమ్ పరీక్ష జరపబడిన ఆసుపత్రి యొక్క పేరు, చిరునామా మరియు టెలిఫోన్ నెంబరు	
Date of post mortem examination పోస్ట్ మార్టమ్ జరపబడిన తేదీ	

Signature of the claimant / హక్కుదారుని యొక్క సంతకం:

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షాళన లేకుండా

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

ఒకవేళ ప్రమాదం కనుక, ప్రమాదేతర కారణం వల్ల జరిగినట్లయితే, దయచేసి, ఈ దిగువ సమాచారాన్ని ఇవ్వండి.

Nature of illness/ailment వ్యాధి/ అస్వస్థత యొక్క స్వభావం	
Duration of illness/ailment. వ్యాధి/ అస్వస్థత యొక్క కాలవ్యవధి	From : నుంచి : To : వరకు :
Name, address and telephone no. of the Doctor/hospital who diagnosed and treated the Life Assured. బీమా చేసిన వ్యక్తికి రోగ నిర్ధారణ మరియు చికిత్స చేసిన డాక్టరు/ఆసుపత్రి యొక్క పేరు, చిరునామా మరియు టెలిఫోన్ నెంబరు	
Name, address & telephone no. of the Life Assureds' usual/family Doctor జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి యొక్క సాధారణ/కుటుంబ డాక్టరు యొక్క పేరు, చిరునామా మరియు టెలిఫోన్ నెంబరు	
How Long has deceased been under treatment? మరణించిన వ్యక్తి, మరణించడానికి ముందు, ఎంత కాలం చికిత్స పొందాడు?	
If the Post Mortem was carried out, provide the Date of Post Mortem ఒకవేళ పోస్ట్ మార్టం జరిగినట్లయితే, పోస్ట్ మార్టం జరిగిన తేదీ	

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

(Please Attach Copies of Past Treatment papers)

గత అస్వస్థతల చరిత్ర, ఒకవేళ ఏదైనా ఉన్నట్లయితే, మరియు చికిత్స యొక్క వివరాలు.....

(గత చికిత్సకు సంబంధించిన కాపీలను దయచేసి, జతచేయండి)

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)

ఉద్యోగం వివరాలు - పాలిసీ సమయంలో ఎప్పుడైనా జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి మీ దగ్గర పనిచేస్తున్నట్లయితే, ఇవి నింపాలి..

(మెడికల్ గ్రౌండ్స్ కింద, సెలవు ఉపయోగించుకున్నదానికి మెడికల్ సర్టిఫికేట్లతోపాటు, ఉద్యోగి యొక్క సర్టిఫికేట్ను దయచేసి, జతచేయండి.

Employers Name: యజమాని పేరు	
Address : చిరునామా	
Telephone No of Employer యజమాని యొక్క టెలిఫోన్ నెంబరు	
Designation at work place/business పని ప్రాంతం/ వ్యాపారంలో పోదా	
Nature of Employment: Manual /Skilled /Unskilled /Technical /Clerical / Supervisory/ Managerial / Other. ఉపాధి రకం: మాన్యువల్/ నైపుణ్యం/నైపుణ్యం లేని/సాంకేతిక/క్లర్కల్/సూపర్వైజర్/మేనేజిరియల్/ ఇతరులు	
P.F. No. / Employee No / పిఎఫ్ నెంబరు/ ఉద్యోగి సంఖ్య	

Details of Other Policies held by the deceased / మరణించిన వ్యక్తి యొక్క ఇతర పాలిసీల వివరాలు:

Name of Company కంపెనీ పేరు	Policy No. పాలిసీ సంఖ్య	Commencement date ప్రారంభించబడ్డ తేదీ	Sum Assured బీమా చేసిన మొత్తం	Have you received the claim amount క్లెయిం చేసిన మొత్తాన్ని మీరు పొందా?

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

గమనిక: పైన ఇవ్వబడ్డ స్థలం సరిపోనట్లయితే మీరు వేరే ప్రత్యేక షీటును ఉపయోగించవచ్చు.

Signature of Claimant/ హక్కుదారుని యొక్క సంతకం

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షాళన లేకుండా

CLAIMANT(S) Details / హక్కుదారుడు(లు) యొక్క వివరాలు

Claimant Name in Full హక్కుదారుని యొక్క పూర్తి పేరు	
Address of the Claimant (Please attach any one of these documents as Proof of Residence) హక్కుదారుని యొక్క చిరునామా (చిరునామా ధృవీకరణ కోసం, వీటిలో ఏదో ఒక డాక్యుమెంట్‌ను సమర్పించండి)	<input type="checkbox"/> Telephone Bill టెలిఫోన్ బిల్లు <input type="checkbox"/> Bank Account Statement/Bank Passbook బ్యాంకు అకౌంట్ స్టేట్‌మెంట్/బ్యాంకుపాస్‌బుక్ <input type="checkbox"/> Electricity Bill విద్యుత్ బిల్లు <input type="checkbox"/> Ration Card రేషన్ కార్డు <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority గుర్తించబడ్డ ప్రభుత్వ అధికారి నుంచి లేఖ <input type="checkbox"/> Valid Lease Agreement with rent receipt of recent 3 months ధృవీకరించబడ్డ లీజు అగ్రిమెంట్‌తోపాటు మూడు నెలల అద్దె చెల్లించిన రసీదులు <input type="checkbox"/> Employers Certificate regarding proof of residence చిరునామా ధృవీకరణకు సంబంధించి యజమాని ఇచ్చే సర్టిఫికేట్
Telephone No. : టెలిఫోన్ నెంబరు	
Mobile No. : మొబైల్ నెంబరు	
Relationship with the Life Assured : బీమా చేసిన వ్యక్తితో ఉన్న సంబంధం	
Date of Birth : పుట్టిన తేదీ	
Occupation వృత్తి	<input type="checkbox"/> Service ఉద్యోగం <input type="checkbox"/> Business వ్యాపారం <input type="checkbox"/> Housewife గృహిణి <input type="checkbox"/> Self Employed స్వయం ఉపాధి ఇతరులు If Others(Please specify) _____ ఇతరత్రా ఏదైనా(దయచేసి పేర్కొనండి)
Please enclose a copy of Claimant's Photo Identification Proof హక్కుదారుని యొక్క ఫోటో గుర్తింపు రుజువు యొక్క కాపీని దయచేసి జతచేయండి.	<input type="checkbox"/> Passport పాస్‌పోర్టు <input type="checkbox"/> PAN Card పాన్ కార్డు <input type="checkbox"/> Voter Identity Card ఓటరు గుర్తింపు కార్డు <input type="checkbox"/> Driving License డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ <input type="checkbox"/> Letter from recognized public authority గుర్తించబడ్డ ప్రభుత్వ అధికారి నుంచి లేఖ <input type="checkbox"/> Photograph of the claimant duly certified by SBI Life Official ఎస్ బి లైఫ్ అధికారి ద్వారా సర్టిఫై చేయబడ్డ హక్కుదారుని యొక్క ఫోటోగ్రాఫ్
Nature of title to the policy monies వీరిలో ఏ హోదాలో పాలసీ యొక్క డబ్బు తీసుకుంటున్నారు	Proposer/ Nominee/ Assignee/ Others ప్రపోజర్/ నామినీ/అసైని/ఇతరులు

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

హక్కుదారుని యొక్క బ్యాంకు వివరాలు(దయచేసి బ్యాంకు పాస్ బుక్ యొక్క కాపీని జతచేయండి)

Name of Bank బ్యాంకు పేరు	
Branch Code Number బ్రాంచ్ కోడ్ నెంబరు	
IFSC Code No IFSC ఐఎఫ్ఎస్ఎస్ కోడ్ నెంబరు	
Account Number అకౌంట్ నెంబరు	
Address of bank బ్యాంకు యొక్క చిరునామా	

Signature of Claimant/ హక్కుదారుని యొక్క సంతకం

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షాళన లేకుండా

CLAIMANT'S DECLARATION/ హక్కుదారుని యొక్క ప్రకటన

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.

నేను....., మరణించిన వ్యక్తి యొక్క సరైన హక్కుదారుడిని అని ప్రకటిస్తున్నాను మరియు ధృవీకరిస్తున్నాను మరియు పైన పేర్కొన్న ప్రతి ఒక్క విషయం కూడా అన్ని విధాలా సత్యం మరియు సంపూర్ణం.

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.

మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ లేదా హాస్పిటల్ లేదా నర్సింగ్ లేదా మెడికల్ క్లినిక్, ఏదైతే లేదా ఎవరైతే బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఏదైనా రుగ్మత లేదా అస్వస్థతకు సేవలందించారో లేదో పరీక్షించారో లేదో చికిత్స అందించారో, వారు బీమా చేసిన వ్యక్తి, బీమా చేయడానికి ముందు మరియు బీమా జారీ చేసిన తరువాత ఉన్నటువంటి ఆరోగ్యస్థితిని ఎస్బీఐ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, దాని యొక్క ఏదైనా ఆఫీసు లేదా అధికృతి ప్రతినిధులు, కోర్టు చట్టాలు లేదా ఏదైనా బాధా నివృత్తి మండళ్లకు వెల్లడించడానికి నేను ఇందుమూలంగా ప్రామాణీకరిస్తున్నాను. ఈ ప్రామాణీకరణ అధికారం తిరగదోడే అధికారం లేనిదని మరియు ఏ చట్టానికి లేదా ఆచారానికి లేదా గోప్యత అధారంగా హాజరైన లేదా పరీక్షించిన వ్యక్తి నుంచి అతడు/వారు సాధించిన సమాచారాన్ని ఎవరైనా ఫిజిషియన్ లేదా హాస్పిటల్ ఏదైనా సమాచారం లేదా జ్ఞానాన్ని వెల్లడించకుండా నిషేధం అమల్లో ఉన్నప్పుడూ కూడా కట్టుబడి ఉండక చెల్లుబాటు అవుతుందని నేను నిర్ధారిస్తున్నాను.

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.

ఇంకా, మరణించిన వ్యక్తికి సంబంధించి, ఏదైనా రికార్డులు లేదా పరిజ్ఞానాన్ని ఏదైనా బీమా కంపెనీ, ప్రభుత్వ సంస్థ, యజమాని, ఇతర సంస్థ, ఇనిస్టిట్యూట్ లేదా వ్యక్తి, ఎస్బీఐ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీల లేదా దాని యొక్క పూర్తిగా ధృవీకరించబడ్డ ప్రతినిధులకు విడుదల చేసేవిషయాన్ని కూడా ఇందుమూలంగా నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. నేను ఇంకా, ఈ సమాచారం పంచుకోవడంలో ఎలాంటి పరిమితులు లేకుండా, మరణించిన వ్యక్తి యొక్క ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన సమాచారం(మదకద్రవ్యాలు లేదా మద్యం యొక్క ఉపయోగానికి సంబంధించిన ఏదైనా సమాచారం, ఎయిడ్స్ లేదా మానసిక మరియు శారీరక చరిత్ర, పరిస్థితి, సలహా లేదా చికిత్స), ఆదాయం లేదా ఇతర బీమా లాభాలు, జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి యొక్క అకౌంట్కు సంబంధించిన అకౌంటింగ్ సమాచారం పంచుకోవచ్చని కూడా నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

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.

నేను పై విధంగా ధృవీకరించడానికి మరియు ప్రామాణీకరించడానికి అధికారాన్ని కలిగి ఉన్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను. ఎస్బీఐ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లేదా దాని యొక్క పూర్తిగా ధృవీకరించబడ్డ ప్రతినిధులు, పైన పేర్కొన్న సమాచారాన్ని సేకరించడం లేదా ఈ క్లెయింను మూల్యాంకనం చేయడానికి మరియు ఈ క్లెయింను మరింత మూల్యాంకనం చేయడానికి వారం వివిధంగా ఉపయుక్తం అవుతుందని అనుకుంటే ఆ విధంగా సమాచారాన్ని వినియోగించుకోవడంలో నేను సాయం అందించేందుకు కూడా అంగీకరిస్తున్నాను.

Name of Witness / సాక్షి పేరు

Signature/ సంతకం

Address / చిరునామా

Tel No/Mob No / టెలిఫోన్/మొబైల్ నెంబరు

Name in Block Letters: _____
పేరు పొడి అక్షరాల్లో
Signature/ Thumb Impression of the claimant:
హక్కుదారుని యొక్క సంతకం/ బొటనివేలు ముద్ర

Place: _____ Date: _____
స్థలం: _____ తేదీ: _____

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షాళన లేకుండా

VERNACULAR DECLARATION / స్థానిక భాషలో ప్రకటించడం:

(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.)
 క్లెయిం ఫారం ప్రాంతీయ భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే లేదా ఒకవేళ హక్కుదారుడు సంతకానికి బదులు వేలిముద్రను ఉపయోగించినా, పైన పేర్కొన్న డిక్లరేషన్‌ను ఇవ్వాలి ఉంటుంది.

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.

నేను ఈ క్లెయిం ఫారంలో ఉన్న విషయాలను, హక్కుదారునికి..... భాషలో వివరించాను మరియు అతనికి/ఆమెకు విషయం పూర్తిగా అర్థమైనట్లు ధృవీకరిస్తున్నాను. నేను హక్కుదారుని యొక్క స్పందనలకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని, క్లెయిం ఫారంలో సరిగ్గానే నమోదు చేశాను. నేను పుండనలను హక్కుదారునికి చదివి వినిపించాను మరియు అతడు/ఆమె అవి సరైనవిని వారు ధృవీకరించారు మరియు వీటిని పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తరువాత అతడు/ఆమె తమ బొటనివేలు ముద్రను వేశారు.

Name of the Declarant: _____
 ప్రకటించే వ్యక్తి యొక్క పేరు

Address: _____
 చిరునామా:

Signature of the Declarant: ప్రకటించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం

Place / స్థలం: _____ Date / తేదీ: _____

Any one of the following must be a Witness /Declarant in this statement: / ఈ స్టేట్‌మెంట్‌లో ఈ దిగువ పేర్కొన్నవారు సాక్షులు/ప్రకటనదారులుగా ఉండాలి.

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agent of SBI Life Insurance Co. Ltd.
<small>ఎస్ బి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ఏజెంట్</small> | <input type="checkbox"/> Unit Manager of SBI Life Insurance Co Ltd
<small>ఎస్ బి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ యూనిట్ మేనేజర్</small> | <input type="checkbox"/> Advocate
<small>న్యాయవాది</small> | <input type="checkbox"/> Bank Manager
<small>బ్యాంకు మేనేజర్</small> | <input type="checkbox"/> Magistrate
<small>మాజిస్ట్రేట్</small> |
| <input type="checkbox"/> Block Development Officer
<small>బ్లాక్ డెవలప్ మెంట్ అధికారి</small> | <input type="checkbox"/> Commissioner of Oaths
<small>ప్రమాణాల కమిషనర్</small> | <input type="checkbox"/> Gazetted officer
<small>గజెటెడ్ అధికారి</small> | <input type="checkbox"/> President of Panchayat
<small>సంచాయిత్రి ప్రెసిడెంట్</small> | <input type="checkbox"/> Head postmaster
<small>హెడ్ పోస్టమాస్టర్</small> |
| <input type="checkbox"/> Head master of School
<small>స్కూలు హెడ్ మాస్టర్</small> | | | | |

P.S. - In Case of any dispute, the English version shall be Valid / గమనిక: ఏదైనా వివాదాల సమయంలో ఇంగ్లీష్ వెర్షన్ చెల్లుబాటు అవుతుంది.
 This printed form is issued on receipt of notice of death claim డెత్ క్లెయిం యొక్క నోటీస్ అందుకున్న దానికి బదులుగా ఈ ఫ్రింట్ చేయబడ్డ ఫారం జారీ చేయబడినది.
 To be completed by the nominee(s) or trustee(s) or assignee(s) నామినీ(లు), ట్రస్టీ(లు), అసైనీ(లు) ద్వారా పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.
 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
 ఫారంను స్వీకరించడం అంటే, క్లెయిం యొక్క మొత్తాన్ని అంగీకరించినట్లు కాదు. క్లెయింను అంగీకరించాలా లేదా అన్న విషయాన్ని మూల్యాంకనం చేయడానికి సంబంధించిన పరిమితి ఉద్దేశ్యంతో మాత్రమే ఈ ఫారం జారీచేయబడుతుంది.

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

కస్టమర్ యొక్క ఎకనాలెడ్జ్ మెంట్ స్లిప్: ఆఫీసు ఉపయోగార్థం మాత్రమే - క్లెయిం సమాచారాన్ని పొందిన తరువాత ఖాతాదారునికి అందించాల్సి ఉంటుంది.

Policy Number/s పాలసీ సంఖ్య/లు											
Name of Claimant హక్కుదారుని పేరు											
Branch Name బ్రాంచు పేరు											
Date తేదీ											

Date & Time Stamp
(Sign of receiving official)
 తేదీ & సమయం స్టాంపు
(స్వీకరించిన అధికారి సం తకం)

Documents submitted (Tick against Documents received) జతచేయబడ్డ చేయబడ్డ డాక్యుమెంట్లు (పొందిన డాక్యుమెంట్లకు ఎదురుగా టిక్ చేయండి)	Original Policy Document received for policy numbers పాలసీ నెంబర్ల కొరకు ఒరిజినల్ పాలసీ డాక్యుమెంట్లు	Medical Records/ మెడికల్ రికార్డులు
	Original Death Certificate issued by Local Authority స్థానిక అధికారుల ద్వారా రిజిస్టర్ డెత్ సర్టిఫికేట్	Copy of Post Mortem Report/ పోస్ట్ మార్టం రిపోర్టు
	Claimant's current address, Photo ID Proof, Bank Passbook, Bank Stmt/Crossed Cheque హక్కుదారుని యొక్క ప్రస్తుత చిరునామా, ఫోటో గుర్తింపు రుజువు, బ్యాంకు పాస్ బుక్, బ్యాంక్ స్టేట్ మెంట్/క్రాస్ చేయబడ్డ చెక్	Copy of FIR/Inquest/Panchanama Report ఎఫ్ బిఆర్/ న్యాయవిచారణ/ సంవనాసారిపోర్టు రిపోర్టు
	Copy of Medico Legal Cause of Death Certificate డెత్ సర్టిఫికేట్ యొక్క మెడికో లీగల్ కారణం	Cancelled Cheque (For Direct Credit) క్యాన్సెల్ చేయబడ్డ చెక్ (డైరెక్ట్ క్రెడిట్ కొరకు)

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి పక్షపాతం లేకుండా

Authorization

ప్రామాణీకరించడం

(To be signed by the claimant)

(హక్కుదారుని ద్వారా సంతకం చేయబడాలి)

To,

శ్రీ,

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

నేను, శ్రీ/శ్రీమతి.....

(పేరు).....

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

శ్రీ/శ్రీమతి.....

(జీవిత బీమా చేసి మరణించిన వ్యక్తి పేరు)(సంబంధం) Assured) hereby give my

consent to SBI Life Insurance Co. Ltd., and/or its representative

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

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

లేట్ శ్రీ/శ్రీమతి.....కు సంబంధించిన ఉద్యోగం/ మెడికల్/ ఆసుపత్రి రికార్డులు/ చికిత్స సమాచారం/ ఇతర రికార్డులన్ని(ఫోటోకాపీలతో సహా)ఎస్బిలైఫ్ ఇన్ స్యూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ కు మరియు లేదా దాని యొక్క ప్రతినిధులు పొందేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను.

Yours faithfully,

మీ యొక్క భవదీయుడు

Signature of the claimant

హక్కుదారుని యొక్క సంతకం:

Name of the claimant: _____

హక్కుదారుని యొక్క పేరు:

Policy No. _____

పాలసీ సంఖ్య.

Date: _____

తేదీ:

WITHOUT PREJUDICE / ఎలాంటి ప్రక్షాపాతం లేకుండా

Direct Credit Mandate / డైరెక్ట్ క్రెడిట్ ఆదేశం

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:

నేను/మేము.....(నామినీ/అసైనీ/ట్రస్టీ పేరు),ఎన్బిఐ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, నేరుగా క్లెయిం ప్రాసెస్ చేయబడ్డ డబ్బు రూ.....ను నేరుగా నా బ్యాంక్ అకౌంట్లోకి, దిగువ ఇవ్వబడ్డ వివరాలకు అనుగుణంగా క్రెడిట్ చేయడానికి, ఇందుమూలంగా నేను ప్రామాణీకరిస్తున్నాను.

Account No ఖాతా సంఖ్య. _____

Bank Name బ్యాంకు పేరు _____

Type of Account
అకౌంట్ రకం

<input type="checkbox"/> Savings Bank సేవింగ్స్ బ్యాంక్	<input type="checkbox"/> Current కరెంట్
<input type="checkbox"/> Overdraft ఓవర్ డ్రాఫ్ట్	<input type="checkbox"/> Cash Credit క్యాష్ క్రెడిట్

Branch Name
బ్రాంచ్ పేరు _____

IFSC Code No
IFSC కోడ్ సంఖ్య _____

Name of the Accountholder
అకౌంట్ హోల్డర్ యొక్క పేరు _____

Any one of the following is applicable

క్రింది వాటిలో ఏదో ఒకటి వర్తిస్తుంది

Attach pre-printed (Name) cancelled cheque
క్రింది వాటిలో ఏదో ఒకటి వర్తిస్తుంది

OR / లేదా

Self Attested Copy of Bank Passbook/
Statement/ స్వీయ సంతకంతో కూడా బ్యాంకు పాస్బుక్

OR / లేదా

Signature of Bank Branch Manager with

Sign & Seal / సంతకం మరియు సీల్

Designation: _____ Place: _____
హోదా..... స్థలం.....

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.

ఎలాంటి కారణాల వల్లనైనా, డైరెక్ట్ క్రెడిట్ విఫలమైతే, ఎన్బిఐఎల్ బాధ్యత వహించదని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. పైన పేర్కొన్న తప్పుడు బ్యాంకు అకౌంట్ వివరాల వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా నష్టాలకు ఎన్బిఐఎల్ బాధ్యత/ బాధ్యులు కాదని కూడా నేను అంగీకరిస్తున్నాను

Signature of the Claimant
హక్కుదారుని యొక్క సంతకం _____

Policy Number
పాలసీ సంఖ్య _____

Date/ తేదీ: _____

***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.

అస్వీకారం: ప్రాసెస్ చేయబడ్డ క్లెయిం యొక్క డైరెక్ట్ ట్రాన్స్ఫర్ ఆనేది కేవలం సాధ్యమైనప్పుడు మరియు బ్యాంకింగ్ రెగ్యులేషన్స్ అనుమతి దానికి లోబడి ఉంటాయని దయచేసి గమనించండి. డైరెక్ట్ క్రెడిట్ ఆనేది, బ్యాంకుల్ చేయబడ్డ ప్రీ-ప్రింట్ చేయబడిన చెక్ షీట్ జతచేయబడినప్పుడు లేదా పైన పేర్కొన్న అకౌంట్ వివరాలి, ఏ బ్యాంకులో అయితే అకౌంట్ వివరాలు నిర్వహించబడుతున్నాయో, ఆ బ్యాంకు మేనేజర్ ద్వారా అటెస్ట్ చేయబడినప్పుడు మాత్రమే సాధ్యమవుతుంది. నామినీ/అసైనీ/ట్రస్టీ ద్వారా తప్పు ఖాతా వివరాల వల్ల కలిగి ఎలాంటి నష్టాలైనా ఎన్బిఐ లైఫ్ ఎలాంటి బాధ్యత వహించదు.