

To,
Claims Department
SBI Life Insurance Co Ltd
7th Level (D-Wing) & 8th Level,
Seawoods Grand Central, Tower 2,
Plot No. R-1, Sector-40, Seawoods,
Nerul Node, Navi Mumbai - 400 706.

Dear Sir,
प्रिय महोदय,

**Claim Form for Death Benefit under Swarna Jeevan Annuity Scheme –
स्वर्ण जीवन वार्षिकी योजना के अंतर्गत मृत्यु लाभ हेतु दावा फार्म-**

Master Policy Number _____ **/ Annuity No:** _____
मास्टर पॉलिसी सं _____ **एन्युटी (पेंशनधारक) सं** _____

We write to convey that Late _____ (deceased name) was a pensioner (annuitant) under above mentioned Group Annuity Scheme and has expired.

हम अवगत कराते हैं कि स्व. श्री _____ (मृतक का नाम) उपरोक्त सामूहिक वार्षिक पेंशन योजना में एक पेंशनभोगी (पेंशनधारक) थे जिनका निधन हो गया है।

DETAILS OF THE DECEASED MEMBER (Please write in capital letters)

मृतक सदस्य के विवरण (कृपया बड़े अक्षरों में लिखें)

1. Name of the Annuitant (Deceased) : Late _____
पेंशनधारक (मृतक) का नाम स्व _____
2. Date of Death* : _____ / _____ / _____
मृत्यु का दिनांक DD (दिनांक) MM (महीना) YYYY(वर्ष)

*Please attach Death Certificate (original/attested copy)

*** कृपया मृत्यु प्रमाणपत्र (मूल/सत्यापित छायाप्रति) संलग्न करें**

3. Nominee Name & Relationship : _____
नामिती/वारिस का नाम एवं संबंध:

4. Address of Nominee : _____
नामिती/वारिस का पता _____

5. Contact Number of Nominee : _____
नामिती/वारिस का संपर्क नम्बर

6. Account No. of Nominee ** : _____
नामिती/वारिस का खाता सं**

7. Bank Name & IFSC code of Nominee : _____
नामिती/वारिस का बैंक नाम

* *Please attach Original cancelled cheque leaf / copy of pass book (self attested) which mentions the correct a/c no.

** कृपया निरस्त चेक की सत्यापित /नवीनतम पासबुक (स्वप्रमाणित) की छायाप्रति संलग्न करें जिस पर सही खाता सं. का उल्लेख हो

This is certified that the information furnished above is true and correct in every respect to the best of my knowledge and belief.

यह प्रमाणित किया जाता है कि उक्त दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार पूर्णतया सत्य एवं सही है।

Aadhaar Consent:

I, **< Name of the Customer >**, hereby give my voluntary consent to SBI Life Insurance Company Limited (SBI Life) and authorise the Company to obtain necessary details like Name, DOB, Address, Mobile Number, Email, Photograph through the QR code available on my Aadhaar card / XML File shared using the offline verification process of UIDAI. I understand and agree that this information will be exclusively used by SBI Life only for the KYC purpose and for all service aspects related to my policy/ies. I have duly been made aware that I can also use alternative KYC documents like Passport, Voter's ID Card, Driving licence, NREGA job card, letter from National Population Register, in lieu of Aadhaar for the purpose of completing my KYC formalities. I understand and agree that the details so obtained shall be stored with SBI Life and be shared solely for the purpose of issuing insurance policy to me and for servicing them. I will not hold SBI Life or any of its authorized officials responsible in case of any incorrect information provided by me. I further authorize SBI Life that it may use my mobile number for sending SMS alerts to me regarding various servicing and other matters related to my policy/ies.

Aadhaar Consent:

मैं, **<JihHs Hh Zi_>**, एतद्वारा एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एसबीआई लाइफ) को स्वेच्छा से अपनी सहमति देता/देती हूँ और कंपनी को आवश्यक विवरण जैसे नाम, जन्मतिथि, पता, मोबाइल नंबर, ईमेल, फोटोग्राफ मेरे आधार कार्ड पर उपलब्ध क्यूआर कोड/यूआईडीएआई की ऑफलाइन सत्यापन प्रक्रिया का उपयोग करके साझा की गई एक्सएमएल फाइल के ज़रिए हासिल करने हेतु अधिकृत करता/करती हूँ।
मैं समझता और सहमत हूँ कि यह जानकारी केवाईसी प्रयोजन के लिए और मेरी पॉलिसी/सियों से संबंधित सभी सेवा पहलुओं के लिए विशेष रूप से उपयोग में लाई जाएगी।
मुझे बताया गया है कि मैं वैकल्पिक दस्तावेजों जैसे पासपोर्ट, मतदाता पहचान पत्र, ड्राइविंग लाइसेंस, नरेगा जॉब कार्ड, नेशनल पॉपुलेशन रजिस्टर के पत्र का उपयोग अपनी केवाईसी की औपचारिकताओं को पूर्ण करने के प्रयोजन के लिए आधार के बदले उपयोग कर सकता/सकती हूँ।
मैं समझता/समझती और समहत हूँ कि इस तरह से प्राप्त विवरणों को एसबीआई लाइफ के पास संग्रहित किया जाएगा और मुझे इंश्योरेंस पॉलिसी जारी करने के प्रयोजन और उनकी सर्विसिंग करने के लिए ही केवल साझा किया जाएगा। मेरे द्वारा प्रदान की गई किसी भी गलत जानकारी के मामले में मैं एसबीआई लाइफ या उसके किसी भी अधिकृत अधिकारियों को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी।
मैं एसबीआई लाइफ को यह अधिकार भी देता/देती हूँ कि वह विभिन्न सेवा संबंधी और मेरी पॉलिसी से संबंधित अन्य मामलों के बारे में एसएमएस एलर्ट्स भेजने के लिए मेरे मोबाइल नंबर का उपयोग कर सकता है।

Place:
स्थान

Nominee Name :
नामिती/वारिस का नाम

Date:
दिनांक

Nominee Signature:
नामिती/वारिस के हस्ताक्षर

Authorized Signatory of behalf of the Bank / Group Master Policy Holder:
बैंक/ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारक की ओर से प्राधिकृत हस्ताक्षरी:

Name :
नाम

Designation :
पद

Seal :
मुहर

