

DEATH CLAIM FORM "A"

મૃત્યુ દાવા ફોર્મ "A"

Divisional Office: _____

ડિવિઝનલ ઓફિસ:

Branch Office: _____

શાખા ઓફિસ:

***Mere Submission of Claim with Documents does not assure admission of liability.**

*દસ્તાવેજોસાથેનાદાવાનીરજૂઆતફક્તજવાબદારીમાંપ્રવેશનીખાતરીઆપતીનથી.

Please read the INSTRUCTIONS mentioned below before filling up form.

કૃપાકરીનેફોર્મભરવાપહેલાંનીચેસૂચવેલસૂચનાઓવાંચો.

Instructions (સૂચનાઓ)

- All fields are mandatory.
બધાક્ષેત્રોફરજિયાતછે.
- The claimant should be the person as nominated by the life assured.
દાવાદાતાજીવનવીમાદાતાદ્વારાનિયુક્તથયેલવ્યક્તિહોવુંજોઈએ.
- The payment shall be subject to the terms and conditions of the policy.
ચુકવણીનીતિનાનિયમોઅનેશરતોનેઆધીનરહેશે.
- The company retains the right to call for additional evidence to process the claim.
દાવાપરપ્રક્રિયાકરવામાટેવધારાનાપુરાવામાંગવાનો અધિકારકંપનીરાખેછે.
- All alterations/corrections made, need to be countersigned by the claimant.
બધાકેરફારો / સુધારણા પર, દાવાદારે કાઉન્ટર સહી કરવાની જરૂર છે.
- If the Insured died outside India and was cremated or buried abroad, please provide burial/cremation permit along with names and addresses of two people not related to the deceased, present at the burial/creation.
જોવીમાથયેલવ્યક્તિભારતનીબહારમૃત્યુપામેલ હોયઅનેવિદેશમાંદફનાવવામાંકે દહન કરવામાં આવીહતી,તોદફન / દહનવખતેહાજરમૃતવ્યક્તિનેસંબંધિતનહોયતેવાલોકોનાનામોઅનેસરનામાંસાથેદફનવિધિ / દહનવિધિનીપરમિટપૂરી પાડો.

In connection with Claim under Policy No. _____ for Sum Insured of Rs. _____

નાજોડાણહેઠળરૂ.

પોલીસીનંબર.

on the life of _____ I, _____

નીકુલરકમ

the claimant under the Policy make the following statement

નીતિહેઠળદાવેદારનીચેનુંનિવેદનઆપુછું

Particulars of Insured (વીમેદારનીવિગતો)

Policy No(s): _____ Gender: Male Female

પોલીસીનંબર(રો):

જાતિ: પુરુષ સ્ત્રીDeceased Name in Full: _____ Date of Birth:

મૃતકનુંપૂર્ણનામ:

જન્મતારીખ:

Marital Status at time of death:

મૃત્યુ સમયે લગ્નની સ્થિતિ

 Single

એકલા

 Married

વિવાહિત

 Divorced

છૂટાછેડા

 Widowed

વિધુર

Name of Employer: _____

નિયુક્તાનું નામ:

Last Occupation: _____

હાલનું રોજગાર:

Residence Address: _____ Telephone with STD Code: _____

રહેઠાણનું સરનામું:

STD કોડ સાથે ટેલિફોન:

Mobile No.: _____

મોબાઇલ નં.:

Permanent Address: _____ Telephone with STD Code: _____

સરનામું:

STD કોડ સાથે ટેલિફોન:

Mobile No.: _____

મોબાઇલ નં.:

Declaration of Claimant (દાવાદારનીઘોષણા)

I/We hereby declare that the statements made herein above are true and correct. I/We further declare the written statement of all the physicians who attended to or treated the deceased, and all papers furnished in support of this claim are correct and shall constitute proofs of death. I further declare and agree that the furnishing of this form or any other forms supplemental thereto or any acts of enquiry or investigation by Shriram Life Insurance Co. (Company) shall not constitute or be considered as an admission of the claim by the Company.

હું/અમે ઘોષણા કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત નિવેદનો અહીં સાચા અને યોગ્ય છે. હું/અમે આગળ જરૂર કરીએ છીએ કે મૃતકો માં હાજરી આપતા અથવા સારવાર કરનારા તમામ ચિકિત્સકોની લેખિત નિવેદન, અને આ દાવાને સમર્થન આપતા તમામ કાગળો સાચી છે અને મૃત્યુના પુરાવા બનાવશે. હું આગળ જણાવું છું અને સંમત છું કે આ ફોર્મની રજૂઆત અથવા આની પૂરવણીમાં અન્ય કોઈ ફોર્મ અથવા શ્રીરામ લાઇફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની (કંપની) દ્વારા પૂછપરછ અથવા તપાસના કોઈ પણ કૃત્યો કંપની દ્વારા દાવાના પ્રવેશ તરીકે ગણાશે નહીં અથવા ગણવામાં આવશે નહીં.

Signature/Thumb Impression of the Claimant:
દાવાદારની સહી/અંગૂઠાનું નિશાન:

Date:

તારીખ:

Place: _____

Countersigned by*

દ્વારા કાઉન્ટર સહી*

Name, Designation and Address _____

નામ, હોદ્દો અને સરનામું

*Certified that the contents of this form were explained to the claimant in vernacular and he/she has affixed his/her signature/thumb impression hereto after fully understanding the same.

*પ્રમાણિત છે કે આ ફોર્મની સામગ્રી ઓસ્થાનિક ભાષામાં દાવાદારને સમજાવી છે અને તેણે સંપૂર્ણ રીતે સમજ્યા પછી અહીં તેના હસ્તાક્ષર / અંગૂઠાની છાપ જોડેલી છે.

Signature of Witness 1 _____
સાક્ષી 1ની સહી

Signature of Witness 2 _____
સાક્ષી 2ની સહી

Name and Address: _____
નામ અને સરનામું:

Name and Address: _____
નામ અને સરનામું:

Mobile

મોબાઇલ:

Date:

તારીખ:

Place _____

Mobile

મોબાઇલ:

Date:

તારીખ:

Place _____

Authorization of Claimant (દાવો કરનારની અધિકૃતતા)

Policy No: _____

પોલીસી નંબર:

Name of Insured _____

વિમીતનું નામ

I/We hereby authorize and give our consent to Shriram Life Insurance Company and/or its representatives to seek information, obtain all information, records in relation to employment, medical, hospital records, police records, other records (including photocopies) in connection with any treatment, occupation, personal details or otherwise of the Life Insured in order to process the claim.

હું/અમે અહીં શ્રીરામ લાઇફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની અને તેના પ્રતિનિધિઓને અધિકૃત કરીએ છીએ અને સંમતિ આપીએ છીએ કે તેઓ દાવાની પ્રક્રિયા કરવા માટે જીવન વીમા કૃતની કોઈ પણ સારવાર, વ્યવસાય, વ્યક્તિગત વિગતો અથવા અન્યથા સંબંધમાં માહિતી મેળવવા, સંબંધિત બધી માહિતી, રેકોર્ડ્સ મેળવે, રોજગાર, તબીબી, હોસ્પિટલ નારેકોર્ડ્સ, પોલીસ રેકોર્ડ્સ, અન્ય રેકોર્ડ્સ મેળવે (ફોટોકોપી સહિત).

Affix
Latest Photograph
of Claimant

Thumb Impression

અંગૂઠાનું નિશાન

Signature of Claimant: _____

દાવાદારની સહી:

Claimant Name: _____

દાવાદારનું નામ:

Claimant's Full Address: _____

દાવાદારનું સંપૂર્ણ સરનામું:

List of documents required for Death Claim

મૃતકના દાવા માટે જરૂરી દસ્તાવેજોની સૂચિ

1. Claim form A, B, C & E as applicable.
દાવા ફોર્મ A, B, C અને E લાગુ પડે એમ.
2. Last Medical Attendant Statement.
છેલ્લું મેડિકલ એટેન્ડન્ટ સ્ટેટમેન્ટ.
3. Original Policy Bond.
મૂળ નીતિબોન્ડ.
4. All Medical /hospital records-admission notes, test records, Death summary, etc (where applicable).
ઘાતબીબી / હોસ્પિટલ રેકોર્ડ્સ-પ્રવેશનોંધો, ટેસ્ટ રેકોર્ડ્સ, મૃત્યુ સારાંશ, વગેરે (જ્યાં લાગુ પડે ત્યાં).
5. Certificate of Hospital Treatment (where applicable).
હોસ્પિટલ સારવારનું પ્રમાણપત્ર (જ્યાં લાગુ પડે ત્યાં).
6. Death certificate issued by Municipal or local/Govt. Authority [ORIGINAL or ATTESTED COPY].
મ્યુનિસિપલ અથવા સ્થાનિક / સરકાર દ્વારા આપવામાં આવેલ મૃત્યુ પ્રમાણપત્ર. [મૂળ અથવા સાક્ષ્યાંકિત કોપી].
7. Identity proof of claimant (ATTESTED).
દાવાદારના ઓળખના પુરાવા (સાક્ષ્યાંકિત).
8. Additional documents in case of no identified nominee proving legal title.
કાયદાકીય શીર્ષક સાબિત ન કરેલા કોઈ નોમિની કિસ્સામાં વધારાના દસ્તાવેજો.
9. Photocopy of Bank Passbook or cancelled cheque of the Nominee/Claimant (Copies should be duly attested by the Bank branch manager).
બેંક પાસબુકની ફોટોકોપી અથવા નોમિની / દાવાદારની રદ થયેલ ચેક (નકલો બેંક શાખા મેનેજર દ્વારા યોગ્ય રીતે પ્રમાણિત કરવી જોઈએ)

Additional documents for Accidental Death Claim

એક્સિડેન્ટલ ડેથ કલેમ માટે વધારાના દસ્તાવેજો

1. Copy of FIR/PIR (original or legalize copy to be produced).
FIR / PIR ની કોપી (મૂળ અથવા કાયદેસર બનાવેલ નકલ).
2. Post Mortem report.
પોસ્ટમોર્ટમ રિપોર્ટ.
3. Newspaper cuttings (if available).
અખબાર કાપીને (જો ઉપલબ્ધ હોય).
4. Copy of Driving license of Insured (where applicable).
વીમેદારના ડ્રાઈવિંગ લાયસન્સની કોપી (જ્યાં લાગુ હોય તો).
5. English translation of vernacular documents.
સ્થાનિક દસ્તાવેજોનું અંગ્રેજી અનુવાદ.
6. Final Police Investigation Report.
અંતિમ પોલીસ તપાસ રિપોર્ટ.

Opting the Type of Benefit Payout બેનિફિટ પેઆઉટનો પ્રકાર પસંદ કરવો

Payment Option Details (As per product feature):

ચૂકવણી વિકલ્પની વિગતો (ઉત્પાદન લક્ષણ અનુસાર):

- Lump sum
બંધે મોટું
- Instalment
કંચું

For Shriram Life Assured Income Plan (શ્રીરામલાઇફ એશ્યોર્ડ ઇન્કમ પ્લાન માટે) Type of Payout Benefit Opted under the Policy (બેનિફિટ પેઆઉટનો પ્રકાર પસંદ કરવો)

Payout Type ચૂકવણી પ્રકાર	1). Lumpsum/ ઉચક	
	2). Payout/ ચૂકવણી	(A). Yearly/ વાર્ષિક _____ (B). Half Yearly/ છ માસિક _____ (C). Quarterly/ ત્રિમાસિક _____ (D). Monthly/ માસિક _____
	3). Both (50% in Lumpsum & 50% as Payout). For Payment of 50% benefit as payout, please confirm update the payout frequency. બંને (50% ઉચક અને 50% ચૂકવણી તરીકે). ચૂકવણી તરીકે 50% લાભ ચૂકવવા માટે, કૃપા કરીને ચૂકવણી આવર્તન અપડેટ કરો.	(A). Yearly/ વાર્ષિક _____ (B). Half Yearly/ છ માસિક _____ (C). Quarterly/ ત્રિમાસિક _____ (D). Monthly/ માસિક _____

In the event the claim is admitted I request the insurer to process the payout according to the option selected above.
ઘટનામાં દાવો સ્વીકાર્યો છે, હું વીમા દાતા ઉપર ઉપરોક્ત વિકલ્પ મુજબ ચૂકવણીની પ્રક્રિયા કરવાની વિનંતી કરું છું.

I further confirm that I will not request for any change/revision of the above payout option. (Option No: 2 & 3) on receipt of first payout
હું આગળ પુષ્ટિ કરું છું કે હું પ્રથમ ચૂકવણી મળ્યા પછી ઉપરોક્ત ચૂકવણી વિકલ્પના કોઈપણ ફેરફાર / સંશોધન માટે વિનંતી નહીં કરું. (ઓપ્શન નંબર: 2 અને 3)

Name of Nominee/Claimant: _____
નામાંકિત/દાવાદારનું નામ:

Date:
તારીખ:

Place: _____

Thumb Impression of the Nominee/Claimant:
અંગૂઠાનું નિશાન/દાવાદારની સહી:

Signature of the Nominee/Claimant:
નામાંકિત/દાવાદારની સહી: