

DEATH CLAIM FORM "A"
ಮರಣದ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ "ಎ"

Divisional Office: _____

ವಿಭಾಗೀಯ ಕಛೇರಿ: _____

Branch Office: _____

ಶಾಖಾ ಕಛೇರಿ: _____

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

*ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಸಲ್ಲಿಸುವಿಕೆ ಮಾತ್ರ ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಖಾತರಿಗೊಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

Please read the INSTRUCTIONS mentioned below before filling up form.

ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡುವ ಮೊದಲು ಈ ಕೆಳಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಓದಿರಿ.

Instructions (ಸೂಚನೆಗಳು)

- All fields are mandatory.
- ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳು ಕಡ್ಡಾಯ.
- The claimant should be the person as nominated by the life assured.
- ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರು ಜೀವ ಖಾತರಿದಾರರು (ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಡ್) ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ ಮಾಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರಬೇಕು.
- The payment shall be subject to the terms and conditions of the policy.
- ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯ ಒಪ್ಪಂದಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- The company retains the right to call for additional evidence to process the claim.
- ಕಂಪನಿಯು ಕ್ಲೇಮ್ ನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸಲು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಕೋರುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
- All alterations/corrections made, need to be countersigned by the claimant.
- ಮಾಡಲಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳು/ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರು ಕೌಂಟರ್ ಸಹಿ ಹಾಕಬೇಕು.
- 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.
- ವಿಮಾದಾರರು ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ಅವರನ್ನು ವಿದೇಶದಲ್ಲಿ ದಹನ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಮಣ್ಣು ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಮಣ್ಣು ಮಾಡುವಾಗ/ದಹನ ಮಾಡುವಾಗ ಉಪಸ್ಥಿತರಾಗಿದ್ದ ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರದ ಇಬ್ಬರು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸದೊಡನೆ ಮಣ್ಣುಮಾಡಿದ/ದಹನ ಮಾಡಿದ ಪರವಾನಗಿಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ.

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

ಸಮ್ ಅಶೂರ್ಡ್ ಜೊತೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ರ ಜೀವದ ಮೇಲೆ ರೂ _____

on the life of _____ I, _____

the claimant under the Policy make the following statement

ಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿನ ಕ್ಲೇಮ್ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರನಾದ ನಾನು ಕೆಳಗಿನ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ

Particulars of Insured (ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು)Policy No(s): _____ Gender: Male Female

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು): _____

ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆDeceased Name in Full: _____ Date of Birth:

ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು : _____

ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: _____

Marital Status at time of death:

ಮರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯವಾಹಿಕ ಅಂತಸ್ತು:

 Single

ಒಂಟಿ

 Married

ವಿವಾಹಿತ

 Divorced

ವಿಚ್ಛೇದಿತ

 Widowed

ವಿಧುರ

Name of Employer: _____

ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು: _____

Last Occupation: _____

ಪ್ರಸಕ್ತ ವೃತ್ತಿ : _____

Residence Address: _____ Telephone with STD Code: _____

ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ: _____

ಎಸ್ ಟಿ ಡಿ ಕೋಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೂರವಾಣಿ: _____

_____ Mobile No.: _____

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Permanent Address: _____ Telephone with STD Code: _____

ವಿಳಾಸ: _____

ಎಸ್ ಟಿ ಡಿ ಕೋಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೂರವಾಣಿ _____

_____ Mobile No.: _____

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

Particulars of Insured (ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವವರ ವಿವರಗಳು)

Type of Death: Medical ವೈದ್ಯಕೀಯ Accidental ಅಕಸ್ಮಾತ್/ಅಪಘಾತ Non-Accidental ಅಕಸ್ಮಾತ್/ಅಪಘಾತ ಅಲ್ಲದ Suicide ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ Murder ಕೊಲೆ Others ಇತರೆ

ಮರಣದ ವಿಧ: _____

Exact cause of death: _____

ಮರಣದ ನಿಖರ ಕಾರಣ: _____

Age at Death: _____ Date of Death: Time of Death: _____

ಮರಣವಾದಾಗ ವಯಸ್ಸು: _____ ಮರಣ ದಿನಾಂಕ: _____ ಮರಣದ ಸಮಯ: _____

Place of Death: Hospital/Clinic ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ Residence ಮನೆ Office ಕಛೇರಿ Others please specify _____

ಮರಣವಾದ ಸ್ಥಳ: _____ ಮನೆ _____ ಕಛೇರಿ _____ ಇತರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಗೊಳಿಸಿ

Name & Address of the Doctor who declared the death: _____

ಮರಣವನ್ನು ಘೋಷಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ: _____

City: _____ Pin Code: State: _____ Telephone with STD code: _____

ನಗರ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____ ರಾಜ್ಯ: _____ ಎಸ್ ಟಿ ಡಿ ಕೋಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೂರವಾಣಿ: _____

Name & Address of Police Station where FIR was lodged (if any): _____

ಎಫ್ ಐ ಆರ್ ನಲ್ಲಿನ ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ(ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ): _____

Name of the Doctor who conducted the PM: _____

ಪಿಎಂ (ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ) ನಡೆಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು: _____

City: _____ Pin Code: State: _____ Telephone with STD code: _____

ನಗರ: _____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____ ರಾಜ್ಯ: _____ ಎಸ್ ಟಿ ಡಿ ಕೋಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೂರವಾಣಿ: _____

Please give details of Life Assured existing life insurance policies/details of proposals applied simultaneously with any life insurance company. ಜೀವಮಾನ ವಿಮೆದಾರರ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು / ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾಪಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೀಡಿ.

Policy Number	Company Name	Sum Insured	Policy issued date	Policy status

Claimant Details (ಕ್ಷೇಮ ದಾರರ ವಿವರಗಳು)

Name: _____

ಹೆಸರು: _____

First Name ಮೊದಲನೆಯ ಹೆಸರು _____ Middle Name ಮಧ್ಯದ ಹೆಸರು _____ Surname ಉಪನಾಮ _____

Relationship with the Life Assured: _____

ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವವರೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ: _____

Date of Birth: Gender: Male ಪುರುಷ Female ಮಹಿಳೆ

ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: _____ ಲಿಂಗ: _____

Title under which claim is made (Tick whichever is applicable):

ಕ್ಷೇಮ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಶೀರ್ಷಿಕೆ (ಯಾವುದು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅದಕ್ಕೆ ಟಿಕ್ ಹಾಕಿ):

Nominee ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತ Appointee (in case claimant is minor) ನೇಮಿತ (ಕ್ಷೇಮ ದಾರರು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ) Survivor ಉಳಿದಿರುವವರು Trustee ಟ್ರಸ್ಟಿ Assignee ನಿಯೋಜಿತರು HUF HUF

Address: _____

ವಿಳಾಸ: _____

Mobile No. ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

Telephone with STD code: _____

ಎಸ್ ಟಿ ಡಿ ಕೋಡ್ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ದೂರವಾಣಿ: _____

Claimant Bank Details: _____ Pay out Option: Cheque ಚೆಕ್ NEFT NEFT

ಕ್ಷೇಮ ದಾರರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: _____ ಪಾವತಿ ಮಾಡುವ ಆಯ್ಕೆ: _____

ELECTRONIC PAYOUT OPTION: (Direct transfer of funds to your bank account).

Please submit Bank passbook copy/statement attested by the bank branch manager with seal. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ: (ನಿಮ್ಮ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆ). ದಯವಿಟ್ಟು ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಾಸ್ ಬುಕ್ ಪ್ರತಿ/ಸ್ಟೇಟ್ ಮೆಂಟ್ ಅನ್ನು ಮೊಹರಿನ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ನ ಶಾಖೆಯ ಮ್ಯಾನೇಜರ್ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣದೊಡನೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

Name of Nominee/Claimant: _____

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ/ ಕ್ಷೇಮ ದಾರರ ಹೆಸರು: _____

Account No: IFSC Code:

Bank & Branch Name: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮತ್ತು ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು: _____

Declaration: I/We authorize Shriram Life Insurance Company Limited to process the proceeds under the death claim of the aforesaid policy/s through Electronic Funds Transfer to the above mentioned bank account details. I/We accept the full responsibility for above mentioned Banks account details. I/We will not hold Shriram life Insurance Company Limited liable for any loss if funds are transferred or not transferred or delayed due incomplete or incorrect or third party banking details provided above.

ಘೋಷಣೆ: ನಾನು/ಅವು ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅವರಿಗೆ ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾಗಿರುವ ಪಾಲಿಸಿ/ದಾರರ ಮರಣ ಕ್ಲೈಮ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿನ ಹಣವನ್ನು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮೂಲಕ ಸಂಸ್ಕರಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ನಾನು/ನಾವು ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾಗಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ನಾನು/ನಾವು ವರ್ಗಾವಣೆಯಾದ ಯಾವುದೇ ಹಣವು ಕಳೆದುಹೋದರೆ ಅಥವಾ ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಅಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ತಪ್ಪಾದ ತಪ್ಪಾದ ತಪ್ಪಾದ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರುವುದರಿಂದ ವರ್ಗಾವಣೆಯಾದ-ಇರುವ ಹಣದ ಬಗ್ಗೆ ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೊಣೆಗಾರನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

Signature/Thumb Impression of the Claimant: _____

ಕ್ಷೇಮ ದಾರರ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು: _____

Declaration of Claimant (ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಘೋಷಣೆ)

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.

ನಾನು/ನಾವು ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ನಾನು/ನಾವು ಮುಂದುವರಿದು ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ಮೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಲಿಖಿತ ಹೇಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಗೆ ಬೆಂಬಲಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಾಗದಪತ್ರಗಳು ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಹಾಗೂ ಮರಣ ಪುರಾವೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂದುವರಿದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದೇನೆಂದರೆ ಈ ನಮೂನೆ ಅಥವಾ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುವ ಇತರ ಯಾವುದೇ ನಮೂನೆಗಳು ಅಥವಾ ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. (ಕಂಪನಿ) ವಿಚಾರಣೆ ಅಥವಾ ಪರಿಶೋಧನೆಯ ಯಾವುದೇ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕ್ಲೇಮ್ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ಅರ್ಥವಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಹಾಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

Signature/Thumb Impression of the Claimant:

Date:

ದಿನಾಂಕ:

Place: _____

ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು:

Countersigned by*

ಕೌಂಟರ್ ಸಹಿ ಮಾಡಿದವರು*

Name, Designation and Address

ಹೆಸರು, ಹುದ್ದೆ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

*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.

* ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕ್ಲೇಮುದಾರರಿಗೆ ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಆತ/ಆಕೆಯು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಆತನ/ಆಕೆಯ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

Signature of Witness 1

ಸಾಕ್ಷಿ 1 ರ ಸಹಿ

Signature of Witness 2

ಸಾಕ್ಷಿ 2 ರ ಸಹಿ

Name and Address:

ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ:

Name and Address:

ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ:

Mobile

ಮೊಬೈಲ್:

Date:

ದಿನಾಂಕ:

Place

Mobile

ಮೊಬೈಲ್:

Date:

ದಿನಾಂಕ:

Place

Authorization of Claimant (ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವಿಕೆ)

Policy No: _____

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

Name of Insured

ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವವರ ಹೆಸರು

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.

ನಾನು/ನಾವು ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಗೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅವರ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಜೀವ ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು, ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು, ಅವರ ಉದ್ಯೋಗ, ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದಾಖಲಾತಿಗಳು, ಪೋಲೀಸ್ ದಾಖಲಾತಿಗಳು, ಇತರ ದಾಖಲಾತಿಗಳು (ಫೋಟೋಕೋಪಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಅವರ ವೃತ್ತಿ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ರೀತಿಯ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು, ಕ್ಲೇಮ್ ಸಂಸ್ಕರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ.

Thumb Impression

ಹೆಬ್ಬೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

Signature of Claimant: _____

ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಸಹಿ:

Claimant Name: _____

ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಹೆಸರು:

Claimant's Full Address: _____

ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ:

Affix
Latest Photograph
of Claimant
ಕ್ಲೇಮುದಾರರ ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ

Documents' Checklist (ದಾಖಲಾತಿಗಳ ತಪಶೀಲು ಪಟ್ಟಿ)

List of documents required for Death Claim

ಮರಣದ ಕ್ಲೇಮ್ ಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ

1. Claim form A, B, C & E as applicable.
ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ ಎ,ಬಿ,ಸಿ ಮತ್ತು ಇ-ಅನ್ವಯವಾದಂತೆ.
2. Last Medical Attendant Statement.
ಕೊನೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯಕರ ಹೇಳಿಕೆ.
3. Original Policy Bond.
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್.
4. All Medical /hospital records-admission notes, test records, Death summary, etc (where applicable).
ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲೆಗಳು-ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿದ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು, ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು, ಮರಣದ ಸಾರಾಂಶ ಇತ್ಯಾದಿ (ಅನ್ವಯವಾಗಿರುವಲ್ಲಿ).
5. Certificate of Hospital Treatment (where applicable).
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (ಅನ್ವಯವಾಗಿರುವಲ್ಲಿ)
6. Death certificate issued by Municipal or local/Govt. Authority [ORIGINAL or ATTESTED COPY].
ಮುನಿಸಿಪಲ್ ಅಥವಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ವಿತರಿಸಿರುವ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ [ಮೂಲ ಪ್ರತಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಪ್ರತಿ]
7. Identity proof of claimant (ATTESTED).
ಐ.ಡಿ.ಪ್ರೂವ್ ದಾರರ ಗುರುತಿನ ಪುರಾವೆ (ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ).
8. Additional documents in case of no identified nominee proving legal title.
ಗುರುತಿಸಲಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯನ್ನು ರುಜುವಾತು ಪಡಿಸದಿದ್ದರೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳು.
9. Photocopy of Bank Passbook or cancelled cheque of the Nominee/Claimant (Copies should be duly attested by the Bank branch manager).
ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ/ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಬುಕ್/ರದ್ದುಗೊಳಿಸಲಾದ ಚೆಕ್ ನ ಫೋಟೋಕಾಪಿ (ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಬ್ಯಾಂಕ್ ನ ಶಾಖೆಯ ಮ್ಯಾನೇಜರ್ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಬೇಕು)

Additional documents for Accidental Death Claim

ಅಪಘಾತದ ಮರಣದ ಕ್ಲೇಮ್ ಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳು

1. Copy of FIR/PIR (original or legalize copy to be produced).
ಎಫ್ ಐ ಆರ್/ಪಿ ಐ ಆರ್ (ಮೂಲ ಪ್ರತಿ ಅಥವಾ ಕಾನೂನುಬದ್ಧಗೊಳಿಸಲಾಗಿರುವ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು).
2. Post Mortem report.
ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವರದಿ.
3. Newspaper cuttings (if available).
ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆಯ ಕಟಿಂಗ್ ಗಳು (ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ).
4. Copy of Driving license of Insured (where applicable).
ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಾಹನ ಚಾಲನಾ ರಹದಾರಿಯ ಪ್ರತಿ (ಅನ್ವಯವಾಗುವಲ್ಲಿ).
5. English translation of vernacular documents.
ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಅಂಗ್ಲಭಾಷಾ ಅನುವಾದ.
6. Final Police Investigation Report.
ಫೋಲೀಸ್ ತನಿಖೆಯ ಅಂತಿಮ ವರದಿ.

Opting the Type of Benefit Payout

ಲಾಭದ ಪಾವತಿಯ ವಿಧವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು

Payment Option Details (As per product feature):

ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆಯ ವಿವರಗಳು (ಉತ್ಪನ್ನದ ಫೀಚರ್ ಪ್ರಕಾರ):

Lump sum
ಒಂದೇ ಮೊತ್ತ

Instalment
ಕಂತು

For Shriram Life Assured Income Plan (ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಡ್ ಆದಾಯ ಯೋಜನೆ)

Type of Payout Benefit Opted under the Policy (ಲಾಭದ ಪಾವತಿಯ ವಿಧವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದು)

Payout Type ಪಾವತಿಯ ವಿಧ	1). Lumpsum/ ಒಂದು ಮೊತ್ತ	
	2). Payout/ ಪಾವತಿ	(A). Yearly/ವಾರ್ಷಿಕ _____ (B). Half Yearly/ಅರ್ಧ ವಾರ್ಷಿಕ _____ (C). Quarterly/ತ್ರಿಮಾಸಿಕ _____ (D). Monthly/ಮಾಸಿಕ _____
	3). Both (50% in Lumpsum & 50% as Payout). For Payment of 50% benefit as payout, please confirm update the payout frequency. 3). ಎರಡೂ (50% ಒಂದು ಮೊತ್ತವಾಗಿ ಮತ್ತು 50% ಪಾವತಿಯಾಗಿ). For ಲಾಭದ 50% ಪಾವತಿಗಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪಾವತಿಯ ಆವರ್ತನವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಅಪ್ ಡೇಟ್ ಮಾಡಿ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿ.	(A). Yearly/ವಾರ್ಷಿಕ _____ (B). Half Yearly/ಅರ್ಧ ವಾರ್ಷಿಕ _____ (C). Quarterly/ತ್ರಿಮಾಸಿಕ _____ (D). Monthly/ಮಾಸಿಕ _____

In the event the claim is admitted I request the insurer to process the payout according to the option selected above.
ಒಂದು ವೇಳೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾದರೆ, ವಿಮಾದಾತರು ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂದು ನಾನು ಕೋರುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

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
ಮುಂದುವರಿದು ನಾನು ಖಚಿತಗೊಳಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಮೊದಲನೆಯ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರ ಮೇಲಿನ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು (ಆಯ್ಕೆ ಸಂಖ್ಯೆ: 2 ಮತ್ತು 3) ಬದಲಾವಣೆ/ಪರಿಷ್ಕರಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಕೋರುವುದಿಲ್ಲ.

Name of Nominee/Claimant: _____

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತ/ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಹೆಸರು:

Date:

ದಿನಾಂಕ:

Place: _____

Thumb Impression of the Nominee/Claimant:

ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು/ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಸಹಿ:

Signature of the Nominee/Claimant:

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತ/ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಸಹಿ: