

**DEATH CLAIM FORM "A"**

ഡത്ത് ക്ലെയിം ഫോം 'എ'

Divisional Office: \_\_\_\_\_

ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്:

Branch Office: \_\_\_\_\_

ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസ്

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

\*രേഖകൾ സഹിതം ക്ലെയിം സമർപ്പിച്ചതുകൊണ്ടുമാത്രം ബാധ്യത ഏറ്റെടുക്കുന്നതല്ല.

Please read the INSTRUCTIONS mentioned below before filling up form.

ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് മുൻപായി താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ ദയവായി വായിക്കുക

**Instructions (നിർദ്ദേശങ്ങൾ)**

- All fields are mandatory.  
എല്ലാ കളങ്ങളും നിർബന്ധം ആണ്.
- The claimant should be the person as nominated by the life assured.  
ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന വ്യക്തി ലൈഫ് അഷ്യൂർഡ് നോമിനേറ്റ് ചെയ്തയാൾ ആയിരിക്കണം.
- The payment shall be subject to the terms and conditions of the policy.  
പേയ്മെന്റ് പോളിസിയിലെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും.
- The company retains the right to call for additional evidence to process the claim.  
ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് കൂടുതൽ തെളിവുകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിന് കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ട്.
- All alterations/corrections made, need to be countersigned by the claimant.  
ഫോമിലെ എല്ലാ തിരുത്തലുകളും / മാറ്റങ്ങളും ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നവർ കൗണ്ടർ സൈൻ ചെയ്യണം.
- 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.  
ഇൻഷൂർ ചെയ്ത വ്യക്തി ഇന്ത്യക്ക് പുറത്ത് വെച്ചു മരിക്കുകയും വിദേശത്ത് സംസ്കരിക്കപ്പെടുകയും ചെയ്താൽ ശവസംസ്കാരത്തിനുള്ള അനുമതിയുടെ പകർപ്പും മരിച്ചയാളുമായി ബന്ധമില്ലാത്തതും ശവസംസ്കാര ചടങ്ങുകളിൽ സന്നിഹിതരുമായിരുന്ന രണ്ടു വ്യക്തികളുടെ പേരുകളും വിലാസവും നൽകണം.

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

എന്ന വ്യക്തിയുടെ രൂ സം അഷ്യൂർഡ് ഉള്ള പോളിസി നമ്പർ

on the life of \_\_\_\_\_ I, \_\_\_\_\_

the claimant under the Policy make the following statement.

മായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്ലെയിമിൽ, പോളിസിയുടെ ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന ഞാൻ, താഴെ പറയും വിധം പ്രസ്താവന നടത്തുന്നു

**Particulars of Insured (ഇൻഷൂർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വിവരങ്ങൾ)**

Policy No(s): \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

പോളിസി നം (കൾ): \_\_\_\_\_ ലിംഗഭേദം:  പുരുഷൻ  സ്ത്രീ

Deceased Name in Full: \_\_\_\_\_ Date of Birth:

മരിച്ചയാളുടെ പേര് പൂർണ്ണമായി: \_\_\_\_\_ ജനന തീയതി:

Marital Status at time of death:

മരണസമയത്തെ വൈവാഹിക അവസ്ഥ:

Single  Married  Divorced  Widowed

അവിവാഹിതൻ വിവാഹിതൻ വിവാഹ മോചിതൻ വിധവൻ

Name of Employer: \_\_\_\_\_

തൊഴിലുടമയുടെ പേര്:

Last Occupation: \_\_\_\_\_

നിലവിലെ ജോലി:

Residence Address: \_\_\_\_\_ Telephone with STD Code: \_\_\_\_\_

റസിഡൻസ് അഡ്രസ്സ്: \_\_\_\_\_ എസ് ടി ഡി കോഡ് കോഡ് ടെലി. നം:

\_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ മൊബൈൽ നമ്പർ:

Permanent Address: \_\_\_\_\_ Telephone with STD Code: \_\_\_\_\_

വിലാസം: \_\_\_\_\_ എസ് ടി ഡി കോഡ് കോഡ് ടെലി. നം:

\_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ മൊബൈൽ നമ്പർ.

## Particulars of Insured (ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വിവരങ്ങൾ)

Type of Death:  Medical മെഡിക്കൽ  Accidental അപകടം  Non-Accidental അപകട ഇതരം  Suicide ആത്മഹത്യ  Murder കൊലപാതകം  Others മറ്റുള്ളവ

Exact cause of death: മരണത്തിന്റെ കൃത്യമായ കാരണം: \_\_\_\_\_

Age at Death: \_\_\_\_\_ Date of Death:           Time of Death: \_\_\_\_\_

Place of Death:  Hospital/Clinic മരണ സ്ഥലം:  Residence ക്ലിനിക് വീട്  Office ഓഫീസ്  Others please specify മറ്റ്ഗുള്ളവ ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക

Name & Address of the Doctor who declared the death: മരണം പ്രഖ്യാപിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേരും വിലാസവും: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Pin Code:       State: \_\_\_\_\_ Telephone with STD code: \_\_\_\_\_

Name & Address of Police Station where FIR was lodged (if any): എഫ്.ഐ.ആർ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത (ഉണ്ടെങ്കിൽ) പൊലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേരും വിലാസവും: \_\_\_\_\_

Name of the Doctor who conducted the PM: പി എം നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ പേര്: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Pin Code:       State: \_\_\_\_\_ Telephone with STD code: \_\_\_\_\_

Please give details of Life Assured existing life insurance policies/details of proposals applied simultaneously with any life insurance company. ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് നിലവിലുള്ള ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ / ആനുകൂല്യം നൽകുന്ന ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

Policy Number	Company Name	Sum Insured	Policy issued date	Policy status

## Claimant Details (ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന ആളുടെ വിശദാംശം)

Name: \_\_\_\_\_  
 പേര്: First Name പേരിന്റെ ആദ്യം Middle Name പേരിന്റെ മധ്യം Surname സർനെയിം

Relationship with the Life Assured: ലൈഫ് അഷുർ ചെയ്ത ആളുമായുള്ള ബന്ധം: \_\_\_\_\_

Date of Birth:           Gender:  Male പുരുഷൻ  Female സ്ത്രീ

Title under which claim is made (Tick whichever is applicable): ഏത് പദവിയെയാണ് ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നത് (ബോധകമാകുന്ന ടിക്ക് ചെയ്യുക):

Nominee നോമിനി  Appointee (in case claimant is minor) അപ്പോയിന്റീ (ക്ലെയിം ഉടമ മൈനർ ആണെങ്കിൽ)  Survivor സർവൈവർ  Trustee ട്രസ്റ്റീ  Assignee അസൈനീ  HUF HUF

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

Mobile No. \_\_\_\_\_  
 മൊബൈൽ നമ്പർ

Telephone with STD code: \_\_\_\_\_  
 എസ്റ്റിഡി കോഡ് അടക്കം ടെലി.നം: \_\_\_\_\_

Claimant Bank Details: \_\_\_\_\_  
 ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ: \_\_\_\_\_

Pay out Option:  Cheque ചെക്ക്  NEFT NEFT

\_\_\_\_\_

### 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. ഇലക്ട്രോണിക് പേഴെട്ട് ഓപ്ഷൻ: (നിങ്ങളുടെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ഫണ്ടിന്റെ നേരിട്ടുള്ള കൈമാറ്റം). ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ സീൽ സഹിതം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക് പകർപ്പ് / സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് സമർപ്പിക്കുക.

Name of Nominee/Claimant: \_\_\_\_\_  
 നോമിനി/ ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന ആളുടെ പേര്: \_\_\_\_\_

Account No.:                 IFSC Code:

Bank & Branch Name: \_\_\_\_\_  
 ബാങ്ക്, ബ്രാഞ്ച് പേര്: \_\_\_\_\_

**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.

ഡിക്ലറേഷൻ: ഇലക്ട്രോണിക് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ വഴി മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസി/കളുടെ ഡെൽറ്റാ ചെയ്യുന്നതിനും മുകളിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങളിലേക്ക് തുക ഇലക്ട്രോണിക് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ രൂപത്തിൽ വകയിരുത്താനും ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ശ്രീറാം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് അംഗീകാരം നൽകുന്നു. ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ, മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടുകളുടെ മുഴുവൻ ഉത്തരവാദിത്തവും അംഗീകരിക്കുന്നു. മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന മൂന്നാം കക്ഷി ബാങ്കിംഗ് വിശദാംശങ്ങൾ തെറ്റാകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ പൂർണ്ണമല്ലാതിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതിന്റെ പേരിൽ ഫണ്ട് നഷ്ടമാകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ കൈമാറ്റം ചെയ്യാതിരിക്കുകയോ അല്ലെങ്കിൽ വൈകുകയോ ചെയ്താൽ ശ്രീറാം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ബാധ്യസ്ഥരാക്കുകയില്ല.

Signature/Thumb Impression of the Claimant:  
 ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ ഒപ്പ് / പെരുവീരലടയാളം: \_\_\_\_\_

## Declaration of Claimant (ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പ്രഖ്യാപനം)

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. മുകളിൽ കൊടുത്തിട്ടുള്ള പ്രസ്താവനകൾ സത്യവും ശരിയും ആണെന്ന് ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. വേണ്ടി ഹാജരായ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സിച്ച എല്ലാ ഡോക്ടർമാരുടെയും രേഖാമൂലമുള്ള പ്രസ്താവനകളും ഈ അവകാശവാദത്തിന് പിന്തുണ നൽകുന്ന എല്ലാ രേഖകളും ശരിയാണെന്നും മരണത്തിന്റെ തെളിവുകൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നതാണെന്നും ഞങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഈ ഫോമുകളോ മറ്റേതെങ്കിലും അനുബന്ധമായുള്ള ഫോമുകളോ സമർപ്പിക്കുന്നതും ശ്രീറാം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി (കമ്പനി) നടത്തുന്ന ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അന്വേഷണമോ പരിശോധനയോ അവകാശവാദത്തെ അംഗീകരിക്കുന്നതല്ല എന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നതായും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

Date:

തീയതി:

Place \_\_\_\_\_

Signature/Thumb Impression of the Claimant:

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിലാസം:

Countersigned by\*

മേലൊപ്പ് വയ്ക്കുന്നത്

Name, Designation and Address

പേരും പദവിയും മേൽവിലാസവും \_\_\_\_\_

\*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.

\*ഈ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ അവകാശവാദിയോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും അത് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയതിന് ശേഷമാണ് അദ്ദേഹം/ അവൾ ഒപ്പ് / പെരുവിലാസം പതിപ്പിച്ചതെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Signature of Witness 1 \_\_\_\_\_  
സാക്ഷി 1 ന്റെ ഒപ്പ്

Signature of Witness 2 \_\_\_\_\_  
സാക്ഷി 2 ന്റെ ഒപ്പ്

Name and Address: \_\_\_\_\_  
പേരും വിലാസവും:

Name and Address: \_\_\_\_\_  
പേരും വിലാസവും:

Mobile

Mobile

Date:

Date:

തീയതി:

തീയതി:

Place: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

## Authorization of Claimant (ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ അനുമതി)

Policy No: \_\_\_\_\_  
പോളിസി നമ്പർ:

Name of Insured \_\_\_\_\_  
ഇൻഷുർ ചെയ്തയാളുടെ പേര്

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.

ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ തൊഴിൽ, ചികിത്സ, വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ആശുപത്രി റെക്കോർഡുകൾ, പോലീസ് രേഖകൾ, മറ്റ് രേഖകൾ (പകർപ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെ) എന്നിവ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനോ, വിവരങ്ങളും രേഖകളും ലഭ്യമാക്കുന്നതിനോ ശ്രീറാം ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ അവരുടെ പ്രതിനിധികൾക്ക് ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അനുമതിയും സമ്മതവും നൽകുന്നു.

Affix  
Latest Photograph  
of Claimant

ക്ലെയിം  
ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ  
പുതിയ ഫോട്ടോ  
പതിപ്പിക്കുക

Thumb Impression

പെരുവിലാസം

Signature of Claimant:

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ ഒപ്പ്

Claimant Name:

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പേര്:

Claimant's Full Address:

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പൂർണ്ണ വിലാസം

## Documents' Checklist (രേഖകളുടെ പട്ടിക)

### List of documents required for Death Claim

ഡെത്ത് ക്ലെയിമിന് ആവശ്യമായ രേഖകളുടെ ലിസ്റ്റ്

1. Claim form A, B, C & E as applicable.  
ബാധകമായ പോലെ ക്ലെയിം ഫോം എ,ബി,സി,ഇ.
2. Last Medical Attendant Statement.  
അവസാനം പരിശോധിച്ച മെഡിക്കൽ അറ്റൻഡന്റ് സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റ്.
3. Original Policy Bond.  
ഒറിജിനൽ പോളിസി ബോണ്ട്.
4. All Medical /hospital records-admission notes, test records, Death summary, etc (where applicable).  
എല്ലാ മെഡിക്കൽ / ആശുപത്രി റെക്കോർഡുകൾ, അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ടെസ്റ്റ് റെക്കോർഡുകൾ, ഡെത്ത് സമ്മറി, മുതലായവ (ബാധകമാകുന്നിടത്ത്).
5. Certificate of Hospital Treatment (where applicable).  
ഹോസ്പിറ്റൽ ട്രീറ്റ്‌മെന്റ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ബാധകമാകുന്നിടത്ത്).
6. Death certificate issued by Municipal or local/Govt.Authority [ORIGINAL or ATTESTED COPY].  
മുനിസിപ്പൽ / പ്രാദേശിക / സർക്കാർ അധികൃതർ നൽകുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റ്. (ഒറിജിനൽ അല്ലെങ്കിൽ അറ്റസ്റ്റഡ് കോപ്പി)
7. Identity proof of claimant (ATTESTED).  
ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ ഐഡന്റിറ്റി പ്രൂഫ് (അറ്റസ്റ്റഡ്)
8. Additional documents in case of no identified nominee proving legal title.  
നോമിനിയെ നിശ്ചയിച്ചിട്ടില്ലാത്ത കാര്യത്തിൽ നിയമപരമായ അവകാശം തെളിയിക്കുന്ന കൂടുതൽ രേഖകൾ
9. Photocopy of Bank Passbook or cancelled cheque of the Nominee/Claimant (Copies should be duly attested by the Bank branch manager).  
നാമനിർദ്ദേശക / അവകാശിയുടെ ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് (പകർപ്പുകൾ യഥാവിധി ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ അറ്റസ്റ്റ ചെയ്തിരിക്കണം).

### Additional documents for Accidental Death Claim

അപകട മരണത്തിലെ ക്ലെയിമിനായുള്ള അധിക രേഖകൾ

1. Copy of FIR/PIR (original or legalize copy to be produced).  
എഫ് ഐ ആർ / പിഐആർ പകർപ്പ് ( അസൽ അല്ലെങ്കിൽ നിയമാനുസൃതമായ പകർപ്പ് ഹാജരാക്കണം)
2. Post Mortem report.  
പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട്.
3. Newspaper cuttings (if available).  
ന്യൂസ്പേപ്പർ കട്ടിംഗ് (ലഭ്യമെങ്കിൽ).
4. Copy of Driving license of Insured (where applicable).  
ഇൻഷുർ ചെയ്ത ആളുടെ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസിന്റെ (ബാധകമെങ്കിൽ) പകർപ്പ്.
5. English translation of vernacular documents.  
പ്രാദേശികഭാഷകളിലെ രേഖകളുടെ ഇംഗ്ലീഷ് വിവർത്തനം.
6. Final Police Investigation Report.  
ഫൈനൽ പോലീസ് ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷൻ റിപ്പോർട്ട്.

## Opting the Type of Benefit Payout

ബെനിഫിറ്റ് പേഴെട്ട് തരം തിരഞ്ഞെടുക്കുക

### Payment Option Details (As per product feature):

പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ വിശദാംശങ്ങൾ (ഉൽപ്പന്ന സവിശേഷത പ്രകാരം):

- Lump sum  
ഒറ്റത്തുക
  Instalment  
തവണകളായി

## For Shriram Life Assured Income Plan (ശ്രീറാം ലൈഫ് അഷൂർഡ് ഇൻകം പ്ലാൻ)

Type of Payout Benefit Opted under the Policy (ബെനിഫിറ്റ് പേഴെട്ട് തരം തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

Payout Type പേഴെട്ട് തരം	1). Lumpsum/ മൊത്തത്തുക	
	2). Payout/പേഴെട്ട്	(A). Yearly/വാർഷികം _____ (B). Half Yearly/അർദ്ധ വാർഷികം _____ (C). Quarterly/ ത്രൈമാസം _____ (D). Monthly/ പ്രതിമാസം _____
	3). Both (50% in Lumpsum & 50% as Payout). For Payment of 50% benefit as payout, please confirm update the payout frequency. രണ്ടും (50 ശതമാനം ഒറ്റ തുകയായും 50 ശതമാനം പേഴെട്ട് ആയും). പേഴെട്ടിന്റെ 50% ആനുകൂല്യം നൽകുന്നതിന്, പേഴെട്ട് ആവൃത്തി വ്യക്തമാക്കുക.	(A). Yearly/വാർഷികം _____ (B). Half Yearly/അർദ്ധ വാർഷികം _____ (C). Quarterly/ ത്രൈമാസം _____ (D). Monthly/ പ്രതിമാസം _____

In the event the claim is admitted I request the insurer to process the payout according to the option selected above.

ക്ലെയിം അംഗീകരിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, മുകളിൽ തിരഞ്ഞെടുത്ത ഓപ്ഷൻ അനുസരിച്ച് പേയ്മെന്റ് പ്രോസസ്സ് ചെയ്യാൻ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയോട് അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.

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 മുകളിലുള്ള പേഴെട്ട് ഓപ്ഷന്റെ എന്തെങ്കിലും മാറ്റം / പുനപരിശോധന വരുത്താൻ ഞാൻ അപേക്ഷിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. (ഓപ്ഷൻ നം: 2ഉം 3 ഉം) ആദ്യത്തെ പേഴെട്ട് ലഭിക്കുമ്പോൾ

Name of Nominee/Claimant: \_\_\_\_\_

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പേര്:

Date

തീയതി:

Place: \_\_\_\_\_

Thumb Impression of the Nominee/Claimant:  
പെരുവിരലടയാളം / ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്:

Signature of the Nominee/Claimant:  
നോമിനിയുടെ / ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്: