

DEATH CLAIM FORM "A"

இறப்பு உரிமை கோரல் படிவம் "A"

Divisional Office: _____

பிரதேச அலுவலகம்

Branch Office: _____

கிளை அலுவலகம்

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

*வெறும் உரிமை கோருதல் ஆவணங்களை சமர்ப்பிப்பதனால் மட்டும் பொறுப்புணர்வுக்கு உறுதியளிக்கப்படாது.

Please read the INSTRUCTIONS mentioned below before filling up form.

படிவத்தை பூர்த்தி செய்வதற்கு முன்னர் கீழே குறிப்பிடப்பட்ட உள்ள குறிப்பு விவரங்களை தயவுசெய்து வாசிக்கவும்

Instructions (குறிப்பு விவரங்கள்)

- All fields are mandatory.
அனைத்து புலங்களும் அவசியமானவை
- The claimant should be the person as nominated by the life assured.
ஆயுள் காப்பீடு செய்த நபரால் நியமனம் செய்யப்பட்ட நபராக உரிமைகோருபவர் இருக்க வேண்டும்
- The payment shall be subject to the terms and conditions of the policy.
பணம் செலுத்துதல் பாலிசியின் விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது
- The company retains the right to call for additional evidence to process the claim.
உரிமை கோருதலை செயல்படுத்த கூடுதல் சாட்சியத்தை கோர நிறுவனத்திற்கு உரிமை உள்ளது
- All alterations/corrections made, need to be countersigned by the claimant.
செய்யப்பட்ட மாற்றங்கள்/ திருத்தங்கள் அனைத்தும், உரிமைகோருபவரால் மேலொப்பம் இடப்பட வேண்டும்.
- 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.
காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் இந்தியாவிற்கு வெளியே இறந்து மேலும் வெளிநாட்டிலேயே அவர் தகனம் / அடக்கம் செய்யப்பட்டிருந்தால், தகனம்/ அடக்கத்தின் போது உடன் இருந்த இறந்தவருடன் உறவில்லாத இரு நபர்களின் பெயர் மற்றும் முகவரியுடன் அடக்கம்/ தகனம் அனுமதியையும் தயவுசெய்து வழங்கவும்.

In connection with Claim under Policy No. _____ for Sum Insured of Rs. _____
பாலிசி எண். கீழ் உரிமைகோருவதுடன் தொடர்புடையதற்கான காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை

on the life of _____ I, _____

the claimant under the Policy make the following statement

காப்பீடு எடுத்தவரின் பெயர் நான், உரிமைகோருபவர் பாலிசியின் கீழ் பின்வரும் அறிக்கையை உருவாக்கியுள்ளேன்.

Particulars of Insured (காப்பீடு செய்தவரின் விவரங்கள்)

Policy No(s): _____ Gender: Male Female
பாலிசி எண்(கள்) பாலினம் ஆண் பெண்

Deceased Name in Full: _____ Date of Birth:
இறந்தவரின் முழுப்பெயர்: பிறந்த தேதி

Marital Status at time of death:
இறந்தவரின் திருமணமான நிலை:

Single Married Divorced Widowed
தனிநபர் திருமணமானவர் விவாகரத்து பெற்றவர் துணையை இழந்தவர்

Name of Employer: _____
முதலாளியின் பெயர்:

Last Occupation: _____
தற்போதைய தொழில்:

Residence Address: _____ Telephone with STD Code: _____
இருப்பிட முகவரி: எஸ்டிடி கோடுடன் தொலைபேசி எண்:
Mobile No.: _____
மொபைல் எண்:

Permanent Address: _____ Telephone with STD Code: _____
முகவரி: எஸ்டிடி கோடுடன் தொலைபேசி எண்:
Mobile No.: _____
மொபைல் எண்:

Particulars of Insured (காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் விவரங்கள்)

Type of Death: Medical Accidental Non-Accidental Suicide Murder Others
இறப்பின்வகை மருத்துவம் விபத்து விபத்துஅல்லாதது தற்கொலை கொலை மற்றவை

Exact cause of death: _____
இறப்பிற்கான உண்மையான காரணம்: _____

Age at Death: _____ Date of Death: Time of Death: _____
இறந்தவரின் வயது இறந்த தேதி இறந்த நேரம்

Place of Death: Hospital/Clinic Residence Office Others please specify _____
இறந்த இடம்: மருத்துவமனைகளினிக்கு வசிப்பிடம் அலுவலகம் மற்றவை தயவுசெய்துகுறிப்பிடவும்

Name & Address of the Doctor who declared the death: _____
डॉक्टर की नाम और पता जिसने मृत्यु की घोषणा की: _____

City: _____ Pin Code: State: _____ Telephone with STD code: _____
शहर: _____ पिन कोड: _____ राज्य: _____ एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन: _____

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

இறப்பை அறிவித்த மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரி

Name of the Doctor who conducted the PM: _____
பிஎம் ஐ நடத்திய மருத்துவரின் பெயர்: _____

City: _____ Pin Code: State: _____ Telephone with STD code: _____
நகரம்: _____ பின்கோடு: _____ மாநிலம் _____ எஸ்டிடி கோடுடன் தொலைபேசி எண்: _____

Please give details of Life Assured existing life insurance policies/details of proposals applied simultaneously with any life insurance company.

ஆயுள் காப்பீட்டு நிறுவனங்களுடனான ஒரே காலப்பகுதியில் பயன்படுத்தப்படும் ஆயுள் காப்பீட்டு கொள்கைகள் / திட்டங்களின் விவரங்களை தயவுசெய்து கொடுங்கள்

Policy Number	Company Name	Sum Insured	Policy issued date	Policy status

Claimant Details (உரிமைகோருபவரின் விவரங்கள்)

Name: _____
பெயர்: _____
First Name (முதல்பெயர்) _____ Middle Name (நடுபெயர்) _____ Surname (குடும்பப்பெயர்) _____

Relationship with the Life Assured: _____
ஆயுள் காப்பீடு செய்தவருடன் உறவு: _____

Date of Birth: Gender: Male Female
பிறந்த தேதி பாலினம் ஆண் பெண்

Title under which claim is made (Tick whichever is applicable):
உரிமை கோரப்பட்ட தலைப்பு (எது பொருந்துமோ அதனை டிக் செய்யவும்)

Nominee Appointee (in case claimant is minor) Survivor Trustee Assignee HUF
நியமனதாரர் நியமிக்கப்பட்டவர் (உரிமைகோருபவர் மைனராக இருந்தால்) உயிர் வாழ்பவர் பொறுப்பாண்மையாளர் வாரிசுதாரராக நியமிக்கப்பட்டவர் HUF

Address: _____
முகவரி: _____

Mobile No. _____
மொபைல் எண்: _____
Telephone with STD code: _____
எஸ்டிடி கோடுடன் தொலைபேசி எண்: _____
Email ID _____

Claimant Bank Details: _____ Pay out Option: Cheque NEFT
உரிமைகோருபவரின் வங்கி விவரங்கள்: _____ பேஅவுட் விருப்பத்தேர்வு காசோலை 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.

மின்னணு பேஅவுட் விருப்பத்தேர்வு: உங்கள் வங்கி கணக்கிற்கு நேரடியாக நிதி பரிமாற்றம். சீல் உடன் வங்கி கிளை மேனேஜரால் சான்று கூறப்பட்ட வங்கி கணக்கு புத்தக நகல் / அறிக்கையை தயவுசெய்து சமர்ப்பிக்கவும்.

Name of Nominee/Claimant: _____
நியமனதாரர் உரிமைகோருபவர் பெயர் _____

Account No: IFSC Code:

Bank & Branch Name: _____
வங்கி & கிளையின் பெயர் _____

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.

அறிவிப்பு: மேல்குறிப்பிடப்பட்ட வங்கி கணக்கு விவரங்களுக்கு மின்னணு நிதி பரிமாற்றம் மூலம் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட பாலிசி (கள்) இறப்பு உரிமைகோருதலின் கீழ் செயல்முறைகளை செயல்படுத்த நாள் / நாங்கள் ஸ்ரீராம் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்-க்கு அங்கீகாரம் அளிக்கிறோம். நாள் / நாங்கள் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட வங்கி கணக்கு விவரங்களுக்கு முழு பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்கிறோம். நாள் / நாங்கள் மேலே வழங்கப்பட்ட வங்கி விவரங்களுக்கு செய்யப்படும் நிதி இழப்பு அல்லது பரிமாற்றம் செய்யப்பட்ட அல்லது பரிமாற்றம் செய்யாத அல்லது காலம் தாமத்திய அல்லது முழுமையாக இல்லாத அல்லது தவறான அல்லது மூன்றாவது நபர் நிதி பரிமாற்றத்திற்கு ஸ்ரீராம் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்-ஐ பொறுப்பாக கருத மாட்டேன் (டோம்).

Signature/Thumb Impression of the Claimant:
உரிமைகோருபவரின் தகையாப்பம் / சபருவிரல் பைவு

Declaration of Claimant (உரிமை கோருபவரின் அறிவிப்பு)

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.

அறிவிப்பு: மேலே குறிப்பிடப்பட்ட வங்கி கணக்கு விவரங்களுக்கு மின்னணு நிதி பரிமாற்றம் மூலம் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட பாலிசி(கள்) இறப்பு உரிமைகோருதலின் கீழ் செயல்முறைகளை செயல்படுத்த நான்/ நாங்கள் ஸ்ரீராம் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்-க்கு அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்(றோம்). நான்/ நாங்கள் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட வங்கி கணக்கு விவரங்களுக்கு முழு பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்கிறேன்(றோம்). நான்/ நாங்கள் மேலே வழங்கப்பட்ட வங்கி விவரங்களுக்கு செய்யப்படும் நிதி இழப்பு அல்லது பரிமாற்றம் செய்யப்பட்ட அல்லது பரிமாற்றம் செய்யாத அல்லது காலம் தாழ்த்திய அல்லது முழுமையாக இல்லாத அல்லது தவறான அல்லது மூன்றாவது நபர் நிதி பரிமாற்றத்திற்கு ஸ்ரீராம் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்-ஐ பொறுப்பாக கருத மாட்டேன் (டோம்)

Date:

தேதி:

Place: _____

Signature/Thumb Impression of the Claimant:

உரிமைகோருபவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் பதிவு

Countersigned by*

மேலொப்பம் செய்தவர்*

Name, Designation and Address _____

नाम, पद और पता

*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.

*உரிமைகோருபவருக்கு வட்டார மொழியில் இந்த படிவத்தில் உள்ள கருத்துகள் விளக்கப்பட்டன மேலும் அதனை முழுமையாக புரிந்துகொண்டபிறகு அவர்/அவள் தனது கையொப்பம் பெருவிரல் பதிவை பதிய வைத்துள்ளனர் என சான்றளிக்கப்படுகிறது.

Signature of Witness 1 _____

சாட்சி1ன் கையொப்பம்

Signature of Witness 2 _____

சாட்சி2ன் கையொப்பம்

Name and Address: _____

பெயர் மற்றும் முகவரி:

Name and Address: _____

பெயர் மற்றும் முகவரி:

Mobile

மொபைல்:

Date:

தேதி:

Place: _____

Mobile

மொபைல்:

Date:

தேதி:

Place: _____

Authorization of Claimant (உரிமைகோருபவரின் அங்கீகாரம்)

Policy No: _____

பாலிசி எண்:

Name of Insured _____

காப்பீடு பெற்றவரின் பெயர்

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.

நான்/ நாங்கள், ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் உரிமைகோருதல் தொடர்புடைய ஏதேனும் சிகிச்சை, தொழில்துறை தகவல்கள் அல்லது மற்றவையுடன் தொடர்பில் உள்ள வேலை, மருத்துவம், மருத்துவமனை ஆவணங்கள், காவல் ஆவணங்கள், பிற ஆவணங்கள் (புகைப்பட நகல்கள் உள்ளிட்டவை) போன்றவற்றை பற்றிய தகவல்கள் பெற அல்லது அனைத்து தகவல்களையும் வழங்க ஸ்ரீராம் லைஃப்

Thumb Impression

பெருவிரல் பதிவு

Signature of Claimant: _____

உரிமைகோருபவரின் கையொப்பம்

Affix
Latest Photograph
of Claimant

உரிமைகோருபவரின்
சமீபத்திய
புகைப்படத்தை
இணைக்கவும்

Claimant Name: _____

உரிமைகோருபவரின் பெயர்

Claimant's Full Address: _____

உரிமைகோருபவரின் முழு முகவரி

Documents' Checklist (ஆவணங்கள் செக்லிஸ்ட்:)

List of documents required for Death Claim

இறப்பு உரிமைகோருதலுக்கு தேவையான ஆவணங்களின் பட்டியல்

1. Claim form A, B, C & E as applicable.
உரிமைகோருதல் படிவம் A, B, C & E பொருந்துமாறு
2. Last Medical Attendant Statement.
கடைசி மருத்துவ உதவியாளரின் அறிக்கை
3. Original Policy Bond.
உண்மையான பாலிசி பிணைப்பு
4. All Medical /hospital records-admission notes, test records, Death summary, etc (where applicable).
அனைத்து மருத்துவம்/ மருத்துவமனை ஆவணங்கள்- நுழைவு குறிப்புகள், சோதனை ஆவணங்கள், இறப்பு அறிக்கை போன்றவை(பொருந்துமாறு)
5. Certificate of Hospital Treatment (where applicable).
மருத்துவமனை சிகிச்சையின் சான்றிதழ்(பொருந்துமாறு)
6. Death certificate issued by Municipal or local/Govt. Authority [ORIGINAL or ATTESTED COPY].
நகராட்சி அல்லது உள்ளூர் அரசாங்க அதிகாரியால் வழங்கப்பட்ட இறப்பு சான்றிதழ்(அசல் அல்லது சான்று அளிக்கப்பட்டநகல்)
7. Identity proof of claimant (ATTESTED).
உரிமை கோருபவரின் அடையாள சான்று
8. Additional documents in case of no identified nominee proving legal title.
சட்டபூர்வமாக நிரூபிக்கப்படாத அடையாளம் காணப்படாத நியமனம் செய்யப்படவராக இருந்தால் கூடுதல் ஆவணங்கள்
9. Photocopy of Bank Passbook or cancelled cheque of the Nominee/Claimant (Copies should be duly attested by the Bank branch manager).
நியமனதாரர் உரிமைகோருபவரின் வங்கி கணக்கு புத்தகம் அல்லது ரத்துசெய்யப்பட்ட காசோலை நகல்கள் வங்கி கிளை மேனேஜரால் சான்று அளிக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும்)

Additional documents for Accidental Death Claim

விபத்து இறப்பு உரிமைகோருதலுக்கான கூடுதல் ஆவணங்கள்

1. Copy of FIR/PIR (original or legalize copy to be produced).
FIR/PIR நகல்(அசல் அல்லது சட்டமுறையான நகல் வழங்கப்பட வேண்டும்)
2. Post Mortem report.
போஸ்ட்மார்ட்டம் அறிக்கை
3. Newspaper cuttings (if available).
செய்தித்தாள் துணுக்குகள்(இருந்தால்)
4. Copy of Driving license of Insured (where applicable).
காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் ஓட்டுநர் உரிமம் நகல்(பொருந்துமாறு)
5. English translation of vernacular documents.
வட்டார மொழி ஆவணங்களின் ஆங்கில மொழிபெயர்ப்பு
6. Final Police Investigation Report.
இறுதி காவல் விசாரணை அறிக்கை

Opting the Type of Benefit Payout
(பேஅவுட் சலுகை வகையை தேர்ந்தெடுத்தல்)

Payment Option Details (As per product feature):

பேஅவுட் விருப்பத்தேர்வு விவரங்கள் (தயாரிப்பு அம்சத்தின்படி) :

- Lump sum
மொத்த தொகை
- Instalment
தவணை

For Shriram Life Assured Income Plan (ஸ்ரீராம் ஆயுள் காப்பீட்டு வருமான திட்டம்)
Type of Payout Benefit Opted under the Policy (பேஅவுட் சலுகை வகையை தேர்ந்தெடுத்தல்)

Payout Type பேஅவுட் வகை	1). Lumpsum/மொத்த தொகை	
	2). Payout/பேஅவுட்	(A). Yearly/வருடந்தோறும் _____ (B). Half Yearly/அரையாண்டுதோறும் _____ (C). Quarterly/காலண்டுதோறும் _____ (D). Monthly/மாதந்தோறும் _____
	3). Both (50% in Lumpsum & 50% as Payout). For Payment of 50% benefit as payout, please confirm update the payout frequency. இரண்டும்(மொத்த தொகை 50% & பேஅவுட் 50%) பேஅவுட்-ஆக 50% பணம் செலுத்தலுக்காக, தயவுசெய்து பேஅவுட் செய்ய வேண்டிய எண்ணிக்கை பகுப்பித்தலை உறுதிப்படுத்தவும்	(A). Yearly/வருடந்தோறும் _____ (B). Half Yearly/அரையாண்டுதோறும் _____ (C). Quarterly/காலண்டுதோறும் _____ (D). Monthly/மாதந்தோறும் _____

In the event the claim is admitted I request the insurer to process the payout according to the option selected above.
உரிமைகோருதல் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டால் காப்பீடுதாரர் பேஅவுட்-ஐ மேலே தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட விருப்பத்தேர்வின்படி செயல்படுத்த வேண்டுமென நான் கோருகிறேன்.

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
மேலே குறிப்பிடப்பட்ட பேஅவுட் விருப்பத்தேர்வில் எந்த மாற்றம்/ திருத்தியமைத்தல் ஆகியவற்றை நான் விண்ணப்பிக்க மாட்டேன் என மேலும் உறுதியளிக்கிறேன்(விருப்பத்தேர்வு எண் 2&3)

Name of Nominee/Claimant: _____

நியமனதாரர் /உரிமைகோருபவர் பெயர்:

Date:

தேதி

Place: _____

Thumb Impression of the Nominee/Claimant:

உரிமைகோருபவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் பதிவு

Signature of the Nominee/Claimant:

நியமனதாரர்/உரிமைகோருபவர் கையொப்பம்: