

प्राप्ति का दिनांक  
और बैंक शाखा कोड  
डीसीसीबी नाम का  
उल्लेख करनेवाली मुहर

## सहकार जीवन सुरक्षा योजना

₹. 1,00,000/- से ज्यादा की आश्वासित राशि के लिए  
संपूर्ण सुरक्षा के तहत मृत्यु लाभ के लिए दावा फॉर्म

### दावाकर्ता का वक्तव्य-मृत्यु दावा

प्रति,

एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड,  
जयपुर प्रोसेसिंग सेंटर  
दूसरी मंजिल, मैट्रिक्स मॉल, सेक्टर 3 और 4 महावीर मार्ग,  
एमटीएस स्कूल के पास, जवाहर नगर,  
जयपुर राजस्थान- 302 004

कृपया आवश्यकताओं को पूरा करते हुए इस फॉर्म को जयपुर पीसी में प्रस्तुत करें

- (क) कृपया फॉर्म को केवल हिन्दी में ही भरें.  
(ख) कृपया दावा आवेदन फॉर्म सभी प्रकार से पूरा भर कर एवं आवश्यक कागजातों की मूल अथवा सत्यापित प्रतियों के साथ प्रस्तुत करें.  
(ग) कृपया फॉर्म को स्पष्ट तरीके से भरें तथा ये सुनिश्चित करें कि सभी घोषित सूचनाएं सही व स्पष्ट हों. किसी भी कॉलम को खाली न छोड़ें.

प्रस्तुत किये जाने वाले कागजात	आवश्यक	प्रस्तुत
स्थानीय अधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल प्रति	हाँ	
दावाकर्ता का वर्तमान पता, पहचान पत्र, बैंक पासबुक/बैंक स्टेटमेंट/रद्द चेक	हाँ	
मृत्यु प्रमाण पत्र के मेडिको लीगल कारण की प्रति	हाँ	
मेडिकल रिकार्ड (दाखिला नोट, डिस्चार्ज/मृत्यु सारांश, टेस्ट रिपोर्ट, इत्यादि)	हाँ	
पोस्टमार्टम परीक्षण/रसायनिक जांच रिपोर्ट की प्रति	हाँ	
एफआईआर/पंचनामा रिपोर्ट/पुलिस की अंतिम रिपोर्ट/मजिस्ट्रेट के अन्वीक्षण की प्रति	हाँ	
अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा (DoGH)	हाँ	
अन्य (कृपया उल्लेख करें :.....)		

दावे के तेज निपटारे के लिये कृपया संबंधित सहायक दस्तावेजों को प्रस्तुत करें. अतिरिक्त दस्तावेजों/आवश्यकताओं की मांग का अधिकार कंपनी के पास है.

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

**बिना किसी पूर्वाग्रह के**  
**कृपया फार्म को केवल हिन्दी में ही भरें।**

**बीमित के विवरण :**

लोन खाता संख्या :	
सेविंग बैंक खाता संख्या :	
एसबीआई लाइफ खाते में आरटीजीएस/सेमिटेस का दिनांक :	
मास्टर पॉलिसी संख्या :	जीएसएस/पीएसी नाम :
सदस्य आईडी :	बैंक शाखा कोड :
जन्म तिथि :	
लिंग :	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
मृतक का पूरा नाम :	
व्यवसाय/प्रमुख कर्तव्य :	
मृत्यु के समय वैवाहिक स्थिति :	<input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> तलाक़ शुदा <input type="checkbox"/> विधवा/ विद्वर
घर का पता :	
फोन संख्या :	
मोबाइल संख्या :	

**मृत्यु संबंधी विवरण**

मृत्यु की तिथि	
मृत्यु का समय	
मृत्यु का स्थान (मृत्यु की जगह बतायें, उदा. अस्पताल/संस्थान/घर-जगह का नाम व पता बताएं)	
अंतिम संस्कार/दफनाने का दिन व समय	
मृत्यु का कारण	

डिस्चार्ज/मृत्यु सारांश की प्रतियां संलग्न (हाँ/नहीं)

यदि नहीं तो - कृपया कारण प्रस्तुत करें

यदि मृत्यु का कारण दुर्घटना है तो, कृपया निम्नलिखित प्रदान करें :

दुर्घटना की तारीख :	
दुर्घटना का समय :	
नाम :	
तारीख :	
उस पुलिस स्टेशन का फोन संख्या जहां पर एफ.आई.आर दर्ज हुई	
जिस अस्पताल में पोस्टमार्टम परीक्षण हुआ, उसका नाम, पता व फोन संख्या	
पोस्टमार्टम परीक्षण की तारीख	

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

**बिना किसी पूर्वाग्रह के**

यदि मृत्यु का कारण दुर्घटना न हो कर कुछ और है तो, कृपया निम्नलिखित प्रदान करें :

बीमारी/रोग की प्रकृति	
बीमारी/रोग की अवधि	से : तक :
जिस डॉक्टर/अस्पताल ने बीमित जीवन का निदान तथा इलाज किया, उसका नाम, पता व फोन संख्या	
जीवन बीमित के सामान्य/पारिवारिक डॉक्टर का नाम, पता व फोन संख्या	
मृतक कितने समय से उससे इलाज करा रहा था ?	
यदि पोस्टमार्टम किया गया था तो पोस्टमार्टम की तारीख	

पहले की बीमारी का इतिहास, यदि कोई हो तो, और उसके इलाज का विवरण (कृपया पिछले इलाज के कागजात प्रस्तुत करें) \_\_\_\_\_

एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से मृतक के द्वारा ली गयी अन्य बीमा पॉलिसियों का विवरण :

कंपनी का नाम	पॉलिसी संख्या	आरंभ होने की तारीख	बीमित राशि	क्या आपको दावा राशि मिल चुकी है

टिप्पणी : यदि फार्म में दी गयी जगह यहां पर पर्याप्त न हो तो आप अलग से एक सादे कागज का प्रयोग कर सकते हैं.

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

### बिना किसी पूर्वाग्रह के

#### दावाकर्ता के विवरण

दावाकर्ता का पूरा नाम			
दावाकर्ता का पता (कृपया इनमें से कोई एक कागजात घर के पते के साक्ष्य के रूप में प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> टेलीफोन बिल <input type="checkbox"/> बैंक खाता स्टेटमेंट/बैंक पासबुक <input type="checkbox"/> बिजली का बिल <input type="checkbox"/> राशन कार्ड <input type="checkbox"/> मान्यता प्राप्त जन अधिकारी से पत्र <input type="checkbox"/> वैध लीज अनुबंध के साथ हाल के तीन महीनों के किराये की रसीद <input type="checkbox"/> घर के पते के संबंध में नियोक्ता का प्रमाणपत्र		
टेलीफोन संख्या		ई मेल	
मोबाइल संख्या			
बीमित के साथ संबंध			
जन्मतिथि			
व्यवसाय	<input type="checkbox"/> नौकरी <input type="checkbox"/> व्यापार <input type="checkbox"/> गृहणी <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> अन्य यदि अन्य (कृपया स्पष्ट करें) _____		
दावाकर्ता की फोटो की एक प्रति पहचान साक्ष्य	<input type="checkbox"/> पासपोर्ट <input type="checkbox"/> पैन कार्ड <input type="checkbox"/> वोटर पहचान पत्र <input type="checkbox"/> ड्राइविंग लाइसेंस <input type="checkbox"/> मान्यता प्राप्त जन अधिकारी से पत्र <input type="checkbox"/> दावाकर्ता की फोटो एसबीआई लाइफ अधिकारी के द्वारा प्रमाणित		
पॉलिसी के धन के शीर्षक की प्रकृति	नामांकित/ अन्य		

#### दावाकर्ता के बैंक विवरण (कृपया बैंक पासबुक की प्रति संलग्न करें)

बैंक का नाम	
ब्रांच की कोड संख्या	
आईएफएससी कोड संख्या	
खाता संख्या	
बैंक का पता	

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

द्वारा सत्यापित :

शाखा प्रबंधक के हस्ताक्षर

डीसीसीबी के नोडल अधिकारी का हस्ताक्षर

बिना किसी पूर्वाग्रह के

**अनुमोदन**

(दावाकर्ता के द्वारा हस्ताक्षरित)

प्रति,  
सेवा में

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

मैं, श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ (नाम)

श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ (बीमित मृतक का नाम) का/की \_\_\_\_\_ (संबंध) हूँ

मैं एसबीआई लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, इसके उपयुक्त अधिकृत प्रतिनिधि को मेरी स्वीकृति प्रदान करता हूँ/करती हूँ कि वे (फोटोकॉपी सहित) श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ के सभी रोजगार/मेडिकल/अस्पताल के रिकार्ड/अन्य रिकार्ड इलाज से संबंधित सूचना ले सकते हैं।

विश्वासपूर्वक आपका,

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

दावाकर्ता का नाम \_\_\_\_\_

पॉलिसी संख्या : \_\_\_\_\_

दिनांक : \_\_\_\_\_

### बिना किसी पूर्वाग्रह के

**\*अस्वीकरण** - कृपया ध्यान दें कि बैंक खाते में दावे की रकम का प्रत्यक्ष अंतरण तभी किया जाएगा जबकि बैंक के द्वारा बैंकिंग नियमों के तहत ऐसा संभव या स्वीकृत होगा, प्रत्यक्ष अंतरण तभी संभव होगा जबकि एक पूर्व मुद्रित निरस्त चेक संलग्न की गयी हो या उपरिलिखित खाता विवरण उस बैंक के शाखा प्रबंधक द्वारा अनुप्रमाणित हो जिस बैंक शाखा में ये खाता चल रहा है. एसबीआई लाइफ नामित/समनुदेशिती/ट्रस्टी द्वारा दी गयी त्रुटि के कारण हुई किसी भी हानि के लिये जिम्मेदार तथा उत्तरदायी नहीं होगा.