

To,
Claims Department
SBI Life Insurance Co Ltd
7th Level (D-Wing) & 8th Level,
Seawoods Grand Central, Tower 2,
Plot No. R-1, Sector-40, Seawoods,
Nerul Node, Navi Mumbai - 400 706.

Dear Sir,
प्रिय महोदय,

Claim Form for Death Benefit under Swarna Jeevan Annuity Scheme –
स्वर्ण जीवन वार्षिकी योजना के अंतर्गत मृत्यु लाभ हेतु दावा फार्म-

Master Policy Number _____ **/ Annuity No:** _____
मास्टर पॉलिसी सं _____ **एन्युटी (पेंशनधारक) सं** _____

We write to convey that Late _____ (deceased name) was a pensioner (annuitant) under above mentioned Group Annuity Scheme and has expired.

हम अवगत कराते हैं कि स्व. श्री _____ (मृतक का नाम) उपरोक्त सामूहिक वार्षिक पेंशन योजना में एक पेंशनभोगी (पेंशनधारक) थे जिनका निधन हो गया है।

DETAILS OF THE DECEASED MEMBER (Please write in capital letters)

मृतक सदस्य के विवरण (कृपया बड़े अक्षरों में लिखें)

1. Name of the Annuitant (Deceased) : Late _____
पेंशनधारक (मृतक) का नाम स्व _____
2. Date of Death* : _____ / _____ / _____
मृत्यु का दिनांक DD (दिनांक) MM (महीना) YYYY(वर्ष)

*Please attach Death Certificate (original/attested copy)

* कृपया मृत्यु प्रमाणपत्र (मूल/सत्यापित छायाप्रति) संलग्न करें

3. Nominee Name & Relationship :
नामिती/वारिस का नाम एवं संबंध:

4. Address of Nominee :
नामिती/वारिस का पता
.....
.....

5. Contact Number of Nominee :
नामिती/वारिस का संपर्क नम्बर

6. Account No. of Nominee ** :
नामिती/वारिस का खाता सं**

7. Bank Name & IFSC code of Nominee :
नामिती/वारिस का बैंक नाम

**Please attach Original cancelled cheque leaf / copy of pass book (self attested) which mentions the correct a/c no.
** कृपया निरस्त चैक की सत्यापित /नवीनतम पासबुक (स्वप्रमाणित) की छायाप्रति संलग्न करें जिस पर सही खाता सं. का उल्लेख हो

This is certified that the information furnished above is true and correct in every respect to the best of my knowledge and belief.
यह प्रमाणित किया जाता है कि उक्त दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार पूर्णतया सत्य एवं सही है।

Place:
स्थान

Nominee Name :
नामिती/वारिस का नाम

Date:
दिनांक

Nominee Signature:
नामिती/वारिस के हस्ताक्षर

Authorized Signatory of behalf of the Bank / Group Master Policy Holder:
बैंक/ग्रुप मास्टर पॉलिसी धारक की ओर से प्राधिकृत हस्ताक्षरी:

Name :
नाम

Designation :
पद

Seal :
मुहर

