

DEATH CLAIM FORM "A"

డెత్ క్లెయిమ్ ఫారం "A"

Divisional Office: _____

డివిజనల్ ఆఫీస్

Branch Office: _____

బ్రాంచ్ ఆఫీస్:

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

*క్లెయిమ్ పత్రాలు అందించినంత మాత్రాన మీ క్లెయిమ్ ఆమోదించబడినట్లు కాదు

Please read the INSTRUCTIONS mentioned below before filling up form.

ఫారం ను పూర్తి చేసే ముందు కింద పేర్కొన్న విషయాలను దయచేసి చదవండి

Instructions (సూచనలు)

- All fields are mandatory.
- అన్ని ఖాళీలను తప్పని సరిగా పూర్తి చెయ్యాలి
- The claimant should be the person as nominated by the life assured.
- క్లెయిమ్ అనే వ్యక్తి లైఫ్ అసూర్డ్ చే నామినేట్ చెయ్యబడాలి
- The payment shall be subject to the terms and conditions of the policy.
- చెల్లింపు విధానం నిబంధనలు మరియు షరతులకు లోబడి ఉంటుంది.
- The company retains the right to call for additional evidence to process the claim.
- క్లెయిమ్ ప్రక్రియ కొరకు అదనపు సాక్షులను పిలిచే హక్కు కంపెనీ కి ఉంది
- All alterations/corrections made, need to be countersigned by the claimant.
- చేసిన అన్ని మార్పులు / దిద్దుబాట్లు, హక్కుదారుచే ధృవీకరించబడాలి
- 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/cremation.
- ఒక వేళ ఇన్సూర్డ్ ఇండియా లో కాకుండా మరే ఇతర దేశం లో మరణించి ఉంటే మరియు దానం / ఖననం అక్కడే జరిగి ఉంటే దయ చేసి అనుమతి పత్రం మరియు దహనం / ఖననం జరిగే సమయం లో మరణించిన వ్యక్తి తో సంబంధం లేని ఇద్దరి వ్యక్తుల పేర్లు మరియు చిరునామా ఇవ్వండి.

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

క్లెయిమ్ కి సంబంధించిన పాలసీ నెంబర్

భీమా చేసిన మొత్తము రూ. లలో

on the life of _____ I, _____

the claimant under the Policy make the following statement.

హక్కుదారు కింద పేర్కొన్న వివరాలను ప్రకటించాలి

Particulars of Insured (ఇన్సూర్డ్ యొక్క వివరాలు)Policy No(s): _____ Gender: Male Female
పాలసీ నెంబర్(లు) లింగము పురుష స్త్రీDeceased Name in Full: _____ Date of Birth:
మరణించిన వ్యక్తి పూర్తి పేరు: పుట్టిన తేదీ:

Marital Status at time of death:

మరణించినపుడు వైవాహిక స్థితి:

 Single Married Divorced Widowed
సింగిల్ మారీడ్ డివోర్స్ విడోడ్

Name of Employer: _____

ఎంప్లాయర్ యొక్క పేరు:

Last Occupation: _____

చివరి వృత్తి:

Residence Address: _____ Telephone with STD Code: _____

ఇంటి చిరునామా: STD కోడ్ తో టెలిఫోన్ నెంబర్ :

Mobile No.: _____

మొబైల్ నెంబర్:

Permanent Address: _____ Telephone with STD Code: _____

శాశ్వత చిరునామా: STD కోడ్ తో టెలిఫోన్ నెంబర్:

Mobile No.: _____

మొబైల్ నెంబర్:

Declaration of Claimant (హక్కుదారుడి ప్రకటన)

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.

నేను / మేము పైన పేర్కొన్న ప్రకటనలను నిజమైన మరియు సరైనవి అని ప్రకటిస్తున్నాను. నేను / మేము మరణించిన వారు హాజరైన లేదా చికిత్స చేసిన అన్ని వైద్యుల లిఖిత పూర్వక ప్రకటనను ఇచ్చాము మరియు ఈ వాదనకు మద్దతుగా అందజేసిన అన్ని పత్రాలు సరియైనవి మరియు మరణం యొక్క రుజువులుగా ఉంటాయి. శ్రీరామ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కో. (కంపెనీ) జరిపిన ఏ విచారణ లేదా దర్యాప్తు అయినా సంస్థ యొక్క క్లెయిమ్ గా పరిగణించబడదు లేదా పరిగణించరాదని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

Signature/Thumb Impression of the Claimant:
హక్కుదారు యొక్క సంతకం / వేలి ముద్ర

Date:

తేదీ:

Place : _____

Countersigned by* _____
ద్రువికరణ సంతకం*

Name, Designation and Address _____
పేరు, హోదా మరియు చిరునామా

*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.

ఈ ఫారం లో ఉన్న విషయాలు అన్ని క్లెయిమ్ కు ప్రాంతీయ భాషలో వివరించిన తర్వాత అతను / ఆమె తన సంతకాన్ని / వేలి ముద్రని పెట్టారు.

Signature of Witness 1 _____
సాక్షి యొక్క సంతకం 1

Name and Address: _____
పేరు మరియు చిరునామా:

Signature of Witness 2 _____
సాక్షి యొక్క సంతకం 2

Name and Address: _____
పేరు మరియు చిరునామా:

Mobile
మొబైల్

Date:
తేదీ:

Place _____

Mobile
మొబైల్

Date:
తేదీ:

Place _____

Authorization of Claimant (హక్కుదారు యొక్క అధికారం)

Policy No: _____
పాలసీ నెంబర్

Name of Insured _____
ఇన్సూర్డ్ పేరు

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.

క్లెయిమ్ ప్రక్రియ కోసం అన్ని రకాల సమాచారం, వృత్తి పరమైన, ఆరోగ్య పరమైన, పోలీస్ రికార్డులు, జిరాక్స్ కాపీలతో శ్రీ రామ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ / సంస్థ ప్రతినిధి కి ఇవ్వడానికి అనుమతిస్తున్నాను.

Affix
Latest Photograph
of Claimant
హక్కుదారు
యొక్క ఫోటో

Thumb Impression
వేలి ముద్ర

Signature of Claimant: _____
హక్కుదారు యొక్క సంతకం:

Claimant Name: _____
హక్కుదారు పేరు:

Claimant's Full Address: _____
హక్కుదారు యొక్క పూర్తి చిరునామా:

Documents' Checklist (పత్రాల వివరములు)

List of documents required for Death Claim

డెత్ క్లెయిమ్ కు అవసరమైన పత్రాల జాబితా

1. Claim form A, B, C & E as applicable.
క్లెయిమ్ A, B, C & E వర్తించే విధంగా
2. Last Medical Attendant Statement.
చివరి మెడికల్ అటెండెంట్ స్టేట్మెంట్.
3. Original Policy Bond.
ఒరిజినల్ పాలసీ బాండ్.
4. All Medical /hospital records-admission notes, test records, Death summary, etc (where applicable).
అన్ని వైద్య / ఆసుపత్రి రికార్డులు-ప్రవేశం గమనికలు, టెస్ట్ రికార్డులు, డెత్ సారాంశం, మొదలైనవి (వర్తించేవి).
5. Certificate of Hospital Treatment (where applicable).
హాస్పిటల్ ట్రీట్మెంట్ యొక్క సర్టిఫికేట్ (వర్తించేది).
6. Death certificate issued by Municipal or local/Govt. Authority [ORIGINAL or ATTESTED COPY].
పురపాలక లేదా స్థానిక / ప్రభుత్వం జారీ చేసిన డెత్ సర్టిఫికేట్. అథారిటీ [ORIGINAL or ATTESTED COPY].
7. Identity proof of claimant (ATTESTED).
హక్కుదారు యొక్క గుర్తింపు రుజువు
8. Additional documents in case of no identified nominee proving legal title.
ఒక వేళ నామినీ ఎవరు లేకపోతే లీగల్ గా హక్కుదారు
9. Photocopy of Bank Passbook or cancelled cheque of the Nominee/Claimant (Copies should be duly attested by the Bank branch manager).
బ్యాంక్ పాస్ బుక్ యొక్క ఫోటోకాపీ లేదా నామినీ / హక్కుదారు యొక్క రద్దు చేయబడిన చెక్ (కాపీలు బ్యాంక్ బ్రాంచ్ మేనేజర్ ద్వారా సరిగా ధృవీకరించబడాలి).

Additional documents for Accidental Death Claim

ప్రమాద వశాత్తు జరిగిన మరణానికి కావాల్సిన పత్రాలు

1. Copy of FIR/PIR (original or legalize copy to be produced).
ఎఫ్ఐఆర్ / పిఆర్ (అసలైన లేదా చట్టబద్ధమైన కాపీని) ఇవ్వాలి
2. Post Mortem report.
పోస్ట్ మార్టం నివేదిక.
3. Newspaper cuttings (if available).
వార్తాపత్రిక కట్టింగ్స్ (అందుబాటులో ఉంటే).
4. Copy of Driving license of Insured (where applicable).
అన్ని వైద్య / ఆసుపత్రి రికార్డులు-ప్రవేశం గమనికలు, టెస్ట్ రికార్డులు, డెత్ సారాంశం, మొదలైనవి (వర్తించేవి).
5. English translation of vernacular documents.
వ్యావహారిక పత్రాల యొక్క ఆంగ్ల అనువాదం.
6. Final Police Investigation Report.
ఫైనల్ పోలీసు ఇన్వెస్టిగేషన్ రిపోర్ట్.

Opting the Type of Benefit Payout
ఎటువంటి బెనిఫిట్ పే అవుట్ ఎంచుకుంటారు

Payment Option Details (As per product feature):

చెల్లింపు ఎంపిక వివరాలు (ప్రోడక్ట్ ప్రకారం)

- Lump sum Instalment
 పెద్ద మొత్తం వాయిదా పద్ధతిలో

For Shriram Life Assured Income Plan (శ్రీ రామ్ లైఫ్ అస్యూర్డ్ ఇన్కమ్ ప్లాన్ కొరకు)
Type of Payout Benefit Opted under the Policy (బెనిఫిట్ పే అవుట్ కొరకు ఎటువంటి పద్ధతి ఎంచుకుంటారు)

Payout Type పేఅవుట్ పద్ధతి	1). Lumpsum/ ఏకమొత్తంగా	
	2). Payout/పేఅవుట్	(A). Yearly/వార్షికంగా _____ (B). Half Yearly/సంవత్సరానికి రెండు సార్లు _____ (C). Quarterly/సంవత్సరానికి నాలుగు సార్లు _____ (D). Monthly/నెలవారీ _____
	3). Both (50% in Lumpsum & 50% as Payout). For Payment of 50% benefit as payout, please confirm update the payout frequency. రెండు (50% ఏకమొత్తంగా లో & 50% పేఅవుట్). 50% పేఅవుట్ చెల్లింపు కోసం, దయచేసి చెల్లింపు ఫ్రీక్వెన్సీని తెలియజేయండి.	(A). Yearly/వార్షికంగా _____ (B). Half Yearly/సంవత్సరానికి రెండు సార్లు _____ (C). Quarterly/సంవత్సరానికి నాలుగు సార్లు _____ (D). Monthly/నెలవారీ _____

In the event the claim is admitted I request the insurer to process the payout according to the option selected above.
 క్లెయిమ్ ని అంగీకరించిన సందర్భముగా పైన ఎంచుకన్న పద్ధతిలో పే అవుట్ ని పంపమని కంపెనీ ని అభ్యర్థిస్తున్నాను.

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
 పై పేఅవుట్ ఎంపిక యొక్క ఏ మార్పు / పునర్విమర్శకు నేను అభ్యర్థించను అని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. (ఎంపిక సంఖ్య: 2 & 3)

Name of Nominee/Claimant: _____
 నామినీ / హక్కుదారు పేరు

Date:
 తేదీ:

Place: _____

Thumb Impression of the Nominee/Claimant:
 నామినీ / హక్కుదారు యొక్క వేలి ముద్ర

Signature of the Nominee/Claimant:
 నామినీ / హక్కుదారు యొక్క సంతకం