

Death Claim Form – Credit Life (Form- CGL)
মৃত্যুর পর প্রাপ্ত খের দাবি পত্র (ডেথ ক্লেম)– ক্রেডিট লাইফ ক্রেডিট লাইফ

Important Information / গুরুত্বপূর্ণ তথ্য:

- 1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies
আইনগতভাবে যিনি অর্থের অধিকারী সেই ব্যক্তিকে পূরণ করতে হবে
- 2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim
এই ফর্ম জমা দেওয়া মানে তা দাবি স্বীকার করা হল এমন বিবেচনা করা হবে না
- 3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below
অনুগ্রহ করে নিকটবর্তী শাখায় অথবা উপরে উল্লিখিত ঠিকানায় এই ফর্ম এবং আবশ্যিকতাসমূহ জমা দিন

A. Details of the Claimant / দাবিদারের বিশদ বিবরণ

Name of Master Policy Holder: প্রধান পলিসিধারকের নাম:	Relationship to member insured: বীমাকৃত সদস্যের সঙ্গে সম্পর্ক:
Name of Nominee: / মনোনীত ব্যক্তির (নমিনি) নাম:	Name of Appointee: নিযুক্ত ব্যক্তির নাম:
Date of birth & age of nominee: মনোনীত ব্যক্তির (নমিনি) জন্মতারিখ ও বয়স:	Date of birth & age of appointee: নিযুক্ত ব্যক্তির (নমিনি) জন্মতারিখ ও বয়স:
Relationship to member insured: বীমাকৃত সদস্যের সঙ্গে সম্পর্ক:	Relationship with nominee: মনোনীত ব্যক্তির (নমিনি) সঙ্গে সম্পর্ক:
Nationality জাতীয়তা:	
Country of Residence বসবাসের দেশ:	
Mailing address মেল করার ঠিকানা:	

B. Details of the Deceased / মৃত ব্যক্তির বিশদ বিবরণ

Insured member's Full Name: বীমাকৃত ব্যক্তির পুরো নাম:	Date of birth & age: জন্ম তারিখ / বয়স:
Gender: / লিঙ্গ: Male/ পুরুষ <input type="checkbox"/> / Female/ মহিলা <input type="checkbox"/>	Single life member <input type="checkbox"/> / Joint life member <input type="checkbox"/> একা বসবাসকারী সদস্য / যৌথভাবে বসবাসকারী সদস্য
Last residential address:/ সর্বশেষ আবাসিক ঠিকানা:	Occupation: / পেশা:
Employer's name & address: ঋণ (লোন) অ্যাকাউন্ট নম্বর:	Loan Account No: / ঋণ (লোন) অ্যাকাউন্ট নম্বর: Date of enrollment: / নাম তালিকাভুক্ত করার তারিখ:

C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY): / দাবিদারের ব্যাঙ্কের তথ্যের বিশদ বিবরণ

Bank Account No / ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর: _____ Type of Account: / অ্যাকাউন্টের প্রকার: <input type="checkbox"/> Saving / সেভিং <input type="checkbox"/> Current / কারেন্ট <input type="checkbox"/> NRE <input type="checkbox"/> Other / অন্যান্য
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) / অনাবাসী ভারতীয় দাবিদারের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে কেবলমাত্র NRO অ্যাকাউন্ট নম্বর দিন)
IFS Code/ IFS কোড) _____
Bank Name and Address/ ব্যাঙ্কের নাম এবং ঠিকানা _____
Note - Kindly attach a copy of bank passbook or cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY).
দ্রষ্টব্য - দয়া করে ব্যাঙ্কের পাসবই অথবা বাতিল করা বিমারিং অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং দাবিদারের নামের প্রতিলিপি সংযুক্ত করে দিন। (আবশ্যিক)

D. Details about claim Particulars of the Claim: / দাবির বিশদ বিবরণ

Date of death: মৃত্যুর তারিখ:	Time of death: মৃত্যুর সময়:	(a.m. <input type="checkbox"/> / p.m. <input type="checkbox"/>	Place of Death: মৃত্যুর স্থান:
Immediate cause of death: _____ মৃত্যুর কারণ: _____	Duration of last illness: _____ সর্বশেষ অসুস্থতার সময়সীমা: _____		
When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? মৃতের শারীরিক অসুস্থতার উপসর্গ প্রথম কখন দেখা দিয়েছিল?			

Nature of Illness then complained/ তখন জানানো উপসর্গের প্রকৃতি কেমন ছিল: _____		
Place of treatment/ কোথায় চিকিৎসা করানো হয়: _____		
Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness: গত তিন বছর ধরে মৃত ব্যক্তিকে যে যে ডাক্তার চিকিৎসা করেছেন এবং রোগ নিরাময়ের চেষ্টা করেছেন তাদের নাম ও ঠিকানা: _____		
If Accidental Death: / যদি দুর্ঘটনায় মৃত্যু হয়ে থাকে: a) Date of Accident: / দুর্ঘটনার তারিখ: _____ b) Time of Accident: / দুর্ঘটনার সময় _____ (a.m. □ p.m. □) / c) Place of Accident: / দুর্ঘটনার স্থান: _____		
If F.I.R done: / F.I.R করা হয়ে থাকলে: a) Date of F.I.R/ F.I.R. করার তারিখ _____ b) F.I.R. Number: / F.I.R. নম্বর: _____ c) Name of the Police Station / থানার নাম _____		
If Post Mortem conducted: / ময়না তদন্ত করা হয়ে থাকলে : a) Post Mortem Number: / ক) ময়না তদন্তের নম্বর: _____ b) Date of Post Mortem: / খ) ময়না তদন্তের তারিখ _____		
Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them: গত তিন বছর ধরে মৃত ব্যক্তিকে যে যে ডাক্তার চিকিৎসা করেছেন এবং রোগ নিরাময়ের চেষ্টা করেছেন তাদের নাম ও ঠিকানা: _____		
Date of Consultation / ডাক্তারী পরামর্শ নেওয়ার তারিখ	Name & Address of Doctor/ ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা	Reasons for Consultation/ পরামর্শ নেওয়ার কারণ

E. Declaration and Authorization:

I/We do hereby declare that the statement made hereinabove is true in each and every respect, and furnishing of this form or any other supplemental thereto or any acts of enquiry by the Company shall not constitute an admission by the Company that there was an assurance in force on the life in question nor a waiver of any rights or defenses. Notwithstanding the provisions of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting the furnishing the secret information obtained during the medical treatment/ investigation of life assured, I/We hereby authorize the Physician or Hospital or Police authorities or Governmental agency or employer or any other institute/persons to provide to Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Ltd, or its offices or legal advisers or Court of Law or any investigative agency acting on its behalf, information regarding the deceased's state of health, employment, finances or insurance, advice, treatment provided to the deceased or involvement of the deceased in any activity against law, any information that may be required concerning the health of the deceased including information relating to mental illness, use of drugs, use of alcohol, HIV(AIDS Virus) and/or sexually transmitted diseases. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. I also authorize insurer for direct / electronic transfer of money in my above mentioned bank account. Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Ltd shall not be held responsible in case of non credit of your bank account with/without assigning any reasons thereof or if the transaction is delayed or not effected at all for reasons of incomplete/incorrect information. Further, Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Ltd reserves the right to use any alternative payout option including demand draft/ payable at par cheque if direct credit cannot be executed. Credit will be effected based solely on the claimant account number information provided by the claimant and the claimant name particulars will not be used thereof.

I authorize the Company to send updates/information regarding my proposal/policy from time to time through phone calls/text messages or e-mails to my contact numbers and e-mails ID provided by me here and above or any other numbers/ e-mail ID that I may provide the company in future.

ঘোষণা এবং অনুমোদন:

এতদ্বারা আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লিখিত প্রতিটি তথ্য অক্ষরে অক্ষরে সত্য এবং এই ফর্ম প্রদান অথবা এর সঙ্গে সম্পূর্ণ তথ্য প্রদান করার মাধ্যমে অথবা কোম্পানি দ্বারা প্রয়োজনীয় কোনো অনুসন্ধানকে এমনভাবে ব্যাখ্যা করা হবে না যে, যেখানে কোম্পানি জীবনের উপর বহাল কোনো বীমা অথবা কোনো অধিকার বা প্রতিরক্ষা পরিত্যাগ করা হচ্ছে বলে স্বীকারোক্তি দিচ্ছে না। বীমাকৃত ব্যক্তির চিকিৎসা / তদন্ত করার সময় পাওয়া গোপন তথ্য সময়ের জন্য প্রকাশ করা হতে নিষিদ্ধ করবে আইনের এমন কোনো বিধান, ব্যবহার, প্রথা বা রীতিনীতি থাকা সত্ত্বেও, এতদ্বারা আমি/আমরা চিকিৎসক বা হাসপাতাল অথবা পুলিশ প্রশাসন বা সরকারি সংস্থা বা নিয়োগকর্তা অথবা অন্য যেকোনো প্রতিষ্ঠান/ব্যক্তিকে মৃত ব্যক্তির শারীরিক অবস্থা, কর্মসংস্থান, অর্থিক বা বীমা, মৃত ব্যক্তিকে প্রদত্ত চিকিৎসা ও উপদেশ অথবা আইন বিরুদ্ধ কোনো কাজে সেই মৃত ব্যক্তি যুক্ত থাকা সম্পর্কিত যে কোনো তথ্য যা মৃত ব্যক্তির মানসিক অসুস্থতা, মাদক সেবন, অ্যালকোহল সেবন এবং এইচআইভি (এইডস) এবং যৌনবাহিত রোগ সহ মৃত ব্যক্তির স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের প্রয়োজনে আসতে পারে এমন যে কোনো তথ্য কানারা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইনসুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড অথবা এর কোনো অফিস বা আইনি উপদেষ্টা অথবা আদালতের আইন বা তার হয়ে কাজ করে এমন কোনো তদন্তকারী সংস্থাকে দেওয়ার অনুমতি দিচ্ছি। অনুমোদন পত্রের ফটোস্ট্যাট প্রতিলিপি আসল অনুমোদন পত্রের মতোই

কার্যকরি এবং বৈধ বলে গণ্য করা হবে। এছাড়াও আমি বীমা প্রদানকারী সংস্থাকে সরাসরি/বৈদ্যুতিন মাধ্যমের উপরে উল্লিখিত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে অর্থ প্রেরণ করার অনুমোদন দিচ্ছি। কানারা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইনসুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড আপনার ব্যাঙ্কের খাতায় অর্থ না জমা করার ক্ষেত্রে আপনাকে কোনো কারণ জানানো অথবা অসম্পূর্ণ/ভুল তথ্যের কারণে লেনদেন দেরি হওয়ার ক্ষেত্রে আপনাকে কোনোভাবেই জবাব দিতে বাধ্য নয়। এছাড়াও যদি সরাসরি মাধ্যমে (ডিরেক্ট ক্রেডিট) অর্থ জমা না করা যায় সেই ক্ষেত্রে কানারা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইনসুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড ডিম্যান্ড ড্রাফ্ট/সমমূল্যের প্রদেয় চেক বৈকল্পিক পেআউটের (বীমা কোম্পানি কর্তৃক আপনার অ্যাকাউন্টে অর্থ জমা) বিকল্প হিসেবে ব্যবহার অধিকার সংরক্ষণ করে রেখেছে। দাবিদারের দ্বারা প্রদত্ত অ্যাকাউন্ট নম্বরেই কেবলমাত্র অর্থ জমা করা হবে এবং দাবিদারের বিশদ বিবরণ ব্যবহার করা হবে না। আমি এখানে এবং উপরে কোম্পানীকে আমার দেওয়া যোগাযোগের নম্বরে এবং মেল ID-তে বা ভবিষ্যতে আমি কোম্পানীকে দিতে পারি এমন অন্য কোনো যোগাযোগের নম্বরে/মেল ID-তে সময়ে সময়ে ফোন কল/পাঠ্য বার্তা বা ই-মেল মারফৎ আমার প্রস্তাব/পলিসি সম্পর্কিত আপডেট/তথ্য পাঠানোর জন্য অনুমতি দিচ্ছি।

Signature/left hand thumb impression (If illiterate) of Claimant

দাবিদারের স্বাক্ষর / বাম হাতের বুড়া আঙুলের ছাপ(শিক্ষিত না হলে)
Name / নাম _____

Company Seal/ কোম্পানির সিলমোহর _____

Address/ঠিকানা _____

Date/ তারিখ _____

Signature of Witness(Mandatory)

সাক্ষীর স্বাক্ষর (আবশ্যিক)
Name/ নাম _____

Address/ ঠিকানা _____

Date / তারিখ _____

Employment details from the list below

নিচের তালিকা থেকে পেশা সংক্রান্ত বিশদ বিবরণ

(This form must be witnessed by any one of the following: (1) A specified person of the Company, (2) A Relationship Manager of the Company, (3) A Bank Manager of the partner bank, (4) A Bank Manager of a Nationalized bank with Rubber Stamp, (5) A Gazetted Officer, (6) A Head Master / Principal of a Govt. School, (8) A Magistrate.)

এই ফর্মটির জন্য নিম্নলিখিতের মধ্যে একজনকে সাক্ষী থাকা আবশ্যিক: (1) কোম্পানির কোনো নির্দিষ্ট ব্যক্তি, (2) কোম্পানির একজন রিলেশনশিপ ম্যানেজার (3) A Bank অংশীদার ব্যাঙ্কের একজন ব্যাঙ্ক ম্যানেজার, (4) রাবার স্ট্যাম্প সহ কোনো রাষ্ট্রায়ত্ত্ব ব্যাঙ্কের একজন ব্যাঙ্ক ম্যানেজার (5) একজন গেজেটেড অফিসার, (6) গেজেটেড অফিসার, সরকারী স্কুলের প্রধান শিক্ষক / শিক্ষক (8) এম্বায়িস্ট্রেট।

Requirements to be submitted along with this form*:

এই ফর্মের সঙ্গে যেসব আবশ্যিকতা জমা দিতে হবে*:

1. Original Certificate of Insurance/1. বীমার আসল সার্টিফিকেট	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ পৌরসভা থেকে প্রাপ্ত ডেথ সার্টিফিকেট	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/ অনাদায়ী ঋণের (লোন) বিবৃতি	<input type="checkbox"/>
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / ব্যাংক পাসবুকের স্ব-প্রত্যয়িত প্রতিলিপি/বাতিল করা চেক	<input type="checkbox"/>
5. Company Specific Claim formats duly completed and signed – Claimants Statement, Physician's Statement, Treating Hospital Certificate & Hospital Records (Discharge summary, admission notes, test reports, medical prescriptions etc) কোম্পানি নির্দিষ্ট দাবি ফর্ম্যাট যথাযথভাবে সম্পূর্ণ করা এবং স্বাক্ষর করা – দাবিদারের বিবৃতি চিকিৎসকের বিবৃতি, চিকিৎসায়ী থাকা হাসপাতালের সার্টিফিকেট ও হাসপাতালের নথিসমূহ (ডিসচার্জের সংক্ষিপ্ত বিবরণ, ভর্তির নোট, পরীক্ষার রিপোর্ট, মেডিক্যাল প্রেসক্রিপশন)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member/ বীমাকৃত ব্যক্তির বয়সের প্রমাণ এবং পরিচয়পত্র	<input type="checkbox"/>
7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)/ দাবিদারের ফটো আইডি ও ঠিকানার প্রমাণপত্র (যথাযথভাবে অ্যাট্টেস্ট করা)	<input type="checkbox"/>
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)/ ময়না তদন্ত/রাসায়নিক ভিসেরা রিপোর্ট (যদি করা হয়ে থাকে)	<input type="checkbox"/>

9. Police reports (First information report, Panchnama, Police Investigation Report, and Police Final Report) only in case of unnatural or accidental deaths पुलिस रिपोर्ट (फास्ट इनफरमेशन रिपोर्ट, पाञ्चनामा, पुलिसि तदन्त रिपोर्ट एवं पुलिसेशेर चूडान्त रिपोर्ट)	<input type="checkbox"/>
10. Copy of Driving license if Life assured was driving at the time of accident (only in case of accident death claims and if the policy has additional accidental rider) यदि बीमित व्यक्ति दुर्घटना के समय ड्राइव कर रहा था तो ड्रायविंग लाइसेंस की प्रतिलिपि (केवल दुर्घटना मृत्यु दावे की स्थिति में और यदि पॉलिसी में अतिविकत दुर्घटना राइडर हो तो)	<input type="checkbox"/>

- * Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.
* এই আবেদনপত্র গ্রহণ করার ভিত্তিতে আমাদের কোম্পানীর যে কোনো কার্যালয়ে অনুরোধগুলির প্রক্রিয়াকরণ শুরু করা হবে।
* Company reserves the right to call for any additional requirements
(Please tick ✓ against the document provided along with this form)
* অতিরিক্ত যে কোনো প্রয়োজনীয়তার জন্য কল করার অধিকার কোম্পানির আছে।
(অনুগ্রহ করে যেসব নথি দেওয়া হয়েছে সেগুলির পাশে ✓ দিয়ে দিন)

Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression:

I, _____ son / daughter of _____, an adult residing at _____ hereby declare that the contents of this form have been duly explained to me in _____ language and have been understood by me.

(Signature of the customer) _____ Date _____ Contact No. _____

ঘোষণা, এই ফর্মটি যদি মাতৃভাষায়/বুড়ো আঙ্গুলের ছাপ দ্বারা স্বাক্ষর করা থাকে

আমি, _____, _____, এর পুত্র/কন্যা, _____ এর একজন প্রাপ্তবয়স্ক নিবাসী আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই ফর্মটির বিষয়বস্তু _____ ভাষাতে আমাকে সম্পূর্ণরূপে বোঝানো হয়েছে এবং আমি এটি বুঝতে পেরেছি।

(গ্রাহকের স্বাক্ষর) _____ তারিখ _____ ফোন নম্বর. _____

Instruction & Disclaimer: / নির্দেশনা ও দাবী পরিত্যাগ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
অনুগ্রহ করে সমস্ত কিছু হিন্দী/ইংরেজীতে পূরণ করুন।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
কোনো সামগ্রীর অসঙ্গতির ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটিকেই বিবেচনা করা হবে।

Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited (IRDAI Regn. No. 136)

2nd Floor, Orchid Business Park, Sector - 48, Sohna Road, Gurugram - 122018, Haryana, India. Regd Office : Unit No.208, 2nd Floor, Kanchenjunga Building, 18 Barakhamba Road, New Delhi - 110001, India, Corporate Identification No.- U66010DL2007PLC248825, Contact 1800-180-0003, 1800-103-0003 (Tel)/ +91 0124 4535099 (Fax)/ Email : customerservice@canarahsbclife.in, Website : www.canarahsbclife.com