



CL\$000101

মৃত্যুকালীন দাবীর ফর্ম (ফর্ম - C)

গুরুত্বপূর্ণ তথ্য:

- 1) দাবী নিষ্পত্তি প্রক্রিয়ায় কোন ব্যক্তিকে কোন মূল্য প্রভৃতি প্রদান করার প্রয়োজন নেই। যদি কেউ অর্থ চায়, দাবীদার অবশ্যই নিঃশুল্ক নম্বর 1800-180-0003, 1800-103-0003এ ফোন করে কোম্পানিকে এই বিষয়ে জানাবেন
- 2) সেই ব্যক্তিকে পূরণ করতে হবে যিনি আইনগতভাবে পলিসির অর্থের স্বত্বাধিকারী
- 3) এই ফর্ম জমা পড়ার অর্থ দাবী স্বীকার করা, এমন বিবেচনা করা যাবে না
- 4) অনুগ্রহ করে নীচে নির্দেশিত ঠিকানা বা নিকটবর্তী ব্রাঞ্চ/ হাবে এই ফর্ম ও প্রয়োজনীয় তথ্য জমা দিন

পলিসি নম্বর(সমূহ): _____ দাবীকৃত অর্থের পরিমাণ: _____

A. মৃত ব্যক্তির তথ্য:

নাম _____ মৃত্যুকালে বয়স বছর
 বাসস্থানের ঠিকানা: _____
 পেশা _____ বার্ষিক আয় (পি.এ.) _____ টাকা
 নিয়োগকর্তার নাম (চাকরিজীবী হলে) _____ ঠিকানা _____
 _____ ফোন নম্বর _____
 যে দিন মৃত ব্যক্তি শেষবার তার স্বাভাবিক কাজে গিয়েছেন / /

B. দাবীদারের তথ্য (যদি একাধিক দাবীদার থাকেন, অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত কাগজ সংযুক্ত করুন):

নাম(সমূহ) _____ বিমাকারীর সাথে সম্পর্ক _____
 জন্মতারিখ / / চিঠি পাঠানোর ঠিকানা _____
 _____ টেলিফোন _____ মোবাইল _____
 ইমেল আইডি _____
 প্যান নম্বর/ ফর্ম 60 _____
 অনুগ্রহ করে সাথে স্ব-প্রত্যায়িত ফটো আইডি প্রমাণপত্রের প্রতিলিপি দিন (জমা দেওয়া নথিপত্রে টিক দিন)
 পাসপোর্ট ড্রাইভিং লাইসেন্স ভোটার আইডি কার্ড
 কোম্পানি আইডি কার্ড অন্যান্য, উল্লেখ করুন _____

C. দাবীদারের ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের তথ্য (বাধ্যতামূলক):

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং _____ অ্যাকাউন্টের প্রকার: সেভিংস কারেন্ট এনআরই এনআরও
 (এনআরআই দাবীদারের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র এনআরও অ্যাকাউন্ট নম্বর প্রদান করুন)
 আইএফসি কোড _____
 ব্যাঙ্কের নাম ও ঠিকানা _____
 দ্রষ্টব্য- অনুগ্রহ করে অ্যাকাউন্ট হোল্ডারের অ্যাকাউন্ট নম্বর ও নাম ছাপানো **বাতিল চেকের** একটি প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন অথবা স্ব-প্রত্যায়িত **ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট/ ব্যাঙ্কের পাসবইয়ের** প্রতিলিপি জমা দিন।



CL\$000101

D. দাবী সংক্রান্ত তথ্য:

মৃত্যুর তারিখ: □□/□□/□□□□ মৃত্যুর সময়: □□:□□ (a.m.□/p.m.□) মৃত্যুর স্থান: _____

মৃত্যুর কারণ: _____

আগের রোগের সময়কাল বিমাকারীর মৃত্যু পরিস্থিতিসংক্রান্ত তথ্য (অনুগ্রহ করে একটি আলাদা পৃষ্ঠায় লিখে সংযুক্ত করুন)

শবদাহ করার/ কবর দেওয়ার তারিখ □□/□□/□□□□ শবদাহ করার/ কবর দেওয়ার স্থান _____

মৃত্যু বিদেশে হলে, নিম্নলিখিত তথ্যসহ একটি আলাদা পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন: পাসপোর্টের তথ্য (নম্বর, জারি করার তারিখ); যদি প্রযোজ্য হয়, মৃত বিমাকারীর শেষবার ভারত ছেড়ে যাওয়ার তারিখ; মৃতদেহ কবে ও কীভাবে ভারতে ফেরত আনা হয়েছে।

কোন স্থানে ও কোথা থেকে বিমাকারী এই জন্য চিকিৎসা করিয়েছেন? _____

কোন স্থানে ও কোথা থেকে বিমাকারী এই জন্য চিকিৎসা করিয়েছেন _____

শেষ অসুখের সময় চিকিৎসাকারী ডাক্তার ও মৃত ঘোষণাকারী ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা _____

ডাক্তারের যোগাযোগের নম্বর _____

গত 5 বছরের মধ্যে কোন রোগ/ হাসপাতালে ভর্তি হওয়া। হ্যাঁ □ না □

তথ্য _____

E. দুর্ঘটনা সংক্রান্ত দাবীর তথ্য:

মৃত্যু রেকর্ড করা পুলিশ স্টেশনের নাম _____

এফআইআরের তারিখ □□/□□/□□□□

এফআইআর নং _____

পোস্ট মর্টেমের তারিখ □□/□□/□□□□

পোস্ট মর্টেম নং _____

দুর্ঘটনার তারিখ □□/□□/□□□□; দুর্ঘটনার সময় □□:□□ (a.m.□/p.m.□)

দুর্ঘটনার স্থান _____

দুর্ঘটনা কীভাবে ঘটেছে সেই বিষয়ে সংক্ষিপ্ত বিবরণ (অনুগ্রহ করে আলাদা পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন)

F. মৃত ব্যক্তির নামে থাকা অন্যান্য জীবন বিমা ও স্বাস্থ্য বিমার তথ্য:

এস. নং.	পলিসি নং	কোম্পানির নাম	পলিসির তারিখ	বেসিক সাম অ্যাসিওরড (Rs.)	রাইডার বেনেফিট অ্যামাউন্ট (Rs.)	দাবীর অবস্থা



CLIS000101

G. ঘোষণা ও অনুমোদন:

আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে উপরে উল্লিখিত তথ্যগুলি সকল দিক থেকে সত্য এবং দাবীর নিষ্পত্তিকরণ যথাযথভাবে পলিসির শর্তাবলী মেনে করা হবে। আমি অপরিবর্তনীয়ভাবে সকল চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানকে (মেডিক্যাল ল্যাব সহ), সরকারী প্রতিষ্ঠান/ এজেন্সিকে (পুলিশ কর্তৃপক্ষ, রাজস্ব ইত্যাদি) অনুমোদন জানাচ্ছি যে তারা কানাডা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইন্সিওরেন্স কো লিমিটেড (“কোম্পানি”) এবং / অথবা তাদের এজেন্ট ও অনুমোদিত প্রতিনিধিদের কাছে বিমাকারীর এইচআইডি / এইডস ও অন্যান্য রোগসহ মানসিক ও শারীরিক চিকিৎসার তথ্য (অতীত ও বর্তমানের) প্রকাশ/ ভাগ করে নিতে পারবেন। আমি কোম্পানিকে আমার / আমাদের পক্ষ থেকে যেকোনো পুনর্বিমাকারী, বিমা সংগঠন, চিকিৎসাকর্তৃপক্ষ, অন্যান্য বিমাকারী, নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষ, নিয়োগকর্তা, আদালত, সরকারী সংস্থা, নিয়ন্ত্রক সংস্থা, তদন্তকারী সংস্থা বা অন্যান্য পরিষেবা প্রদাতা (গণ) কে দাবীর নিষ্পত্তিকরণের জন্য আর্থিক বিবরণসহ তথ্য পাওয়ার ও তাদের সাথে ভাগ করে নেওয়ার অনুমতি দিচ্ছি, যেক্ষেত্রে এই তথ্য ভাগ করে নেওয়ার জন্য আমার কাছ থেকে নির্দিষ্ট কোন অনুমতি নেওয়ার প্রয়োজন হবে না এবং এইক্ষেত্রে আমি এতদ্বারা আমার অনুমতি প্রদান করছি। এই ঘোষণাপত্রের প্রতিলিপিকেও বৈধ ও কার্যকরী হিসাবে বিবেচনা করা হবে।

দাবীদার/ নমিনির স্বাক্ষর/ বাঁ হাতের বুড়ো আঙুলের ছাপ

সাক্ষীর নাম ও স্বাক্ষর

নাম _____

নাম _____

দাবীদারের সাথে সম্পর্ক _____

মোবাইল নম্বর _____

ঠিকানা _____

ঠিকানা _____

তারিখ □□ / □□ / □□ □□

তারিখ □□ / □□ / □□ □□

নিরক্ষর দাবীদারের ক্ষেত্রে ঘোষণা এমন ব্যক্তিকে করতে হবে যার কোম্পানির সাথে কোন সম্পর্ক থাকবে না এবং যার পরিচয় সহজেই প্রতিষ্ঠা করা যাবে:

“আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই ফর্মের বিষয়বস্তু দাবীদারের বুঝতে পারা _____ ভাষায় আমি বুঝিয়েছি এবং তিনি এই বিষয়বস্তু সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পারার পরেই নিজের বুড়ো আঙুলের ছাপ এই ফর্মে লাগিয়েছেন”

নিম্নলিখিত তালিকা থেকে চাকরির তথ্য লিখুন _____

(এই ফর্মে নিম্নলিখিত কোন একজন ব্যক্তিকে সাক্ষ্য দিতে হবে: (1) কোম্পানির একজন এজেন্ট, (2) কোম্পানির একজন রিলেশনশিপ ম্যানেজার, (3) বিতরণকারী ব্যাঙ্কের একজন ব্রাঞ্চ ম্যানেজার, (4) রাবার স্ট্যাম্প সহ রাষ্ট্রায়ত্ত্ব ব্যাঙ্কের একজন ব্যাঙ্ক ম্যানেজার, (5) একজন গেজেটেড অফিসার, (6) সরকারী স্কুলের একজন হেড মাস্টার / প্রিন্সিপাল, (7) একজন ম্যাজিস্ট্রেট, (8) কোম্পানির যেকোনো কর্মচারী।)



CL5000101

এই ফর্মের সাথে জমা দেওয়ার জন্য আবশ্যিকীয় নথিপত্র*:

মৃত্যুকালীন সুবিধাধীন প্ল্যান/ পরিশোধিত পলিসি/ সম্পূর্ণ পেনশন প্ল্যানের ক্ষেত্রে	
1. আসল পলিসি বন্ড	
2. মিউনিসিপ্যাল কর্তৃপক্ষ দ্বারা জারি করা আসল ডেথ সার্টিফিকেট	
3. দাবীদারের ফটো আইডি ও ঠিকানার প্রমাণপত্র (যথাযথভাবে প্রত্যয়িত)	
4. ব্যাঙ্ক পাসবই/ বাতিল চেকের প্রতিলিপি	
অন্যান্য সকল প্ল্যানের জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত আবশ্যিক নথিপত্র	
5. ডাক্তারের বিবৃতি	
6. হাসপিটাল সার্টিফিকেট	
7. হাসপাতাল ও ডাক্তারের কাছ থেকে পাওয়া গত 5 বছরের চিকিৎসা সংক্রান্ত কাগজপত্র (হাসপাতাল থেকে ছেড়ে দেওয়ার কাগজ, ভর্তির নোট, পরীক্ষার রিপোর্ট, প্রেসক্রিপশন ইত্যাদি)	
8. পোস্ট মর্টেম (যদি করা হয়ে থাকে)	
9. ছুটির রেকর্ড সহ গত 5 বছরের নিয়োগকারীর শংসাপত্র	
অস্বাভাবিক কারণে মৃত্যু ঘটলে (যেমন দুর্ঘটনা, আত্মহত্যা, খুন, হঠাৎ/ রহস্যজনক মৃত্যু ইত্যাদি)	
10. ফার্স্ট ইনফর্মেশন রিপোর্ট (এফআইআর)	
11. পঞ্চনামা, পুলিশ তদন্তের রিপোর্ট, পুলিশের চূড়ান্ত রিপোর্ট	
12. উপলব্ধ থাকলে, পোস্ট মর্টেম রিপোর্ট ও টক্সিকোলজি/ ভিসেরা রিপোর্ট	
13. উপলব্ধ থাকলে, সংবাদপত্রের অংশ	
14. জীবন বিমাকারী গাড়ি চালানোর সময় দুর্ঘটনা ঘটলে ড্রাইভিং লাইসেন্সের প্রতিলিপি (শুধুমাত্র দুর্ঘটনায় মৃত্যুর দাবী করা হলে)	

* অতিরিক্ত নথিপত্রের প্রয়োজন হলে কোম্পানি তা চেয়ে পাঠানোর অধিকার ধারণ করে

কানাড়া এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (IRDA Regn. No. 136)

অর্কিড বিজনেস পার্ক, 2য় তল, সেক্টর - 48, সোহনা রোড, গুরুগ্রাম - 122018, হরিয়ানা, ভারত রেজিস্টার্ড অফিস : ইউনিট নং 208, 2য় তল, কাঞ্চনজঙ্ঘা বিল্ডিং, 18 বরাখাম্বা রোড, নিউ দিল্লী - 110001, ভারত, কর্পোরেট আইডেন্টিফিকেশন নং - U66010DL2007PLC248825, যোগাযোগ 1800-180-0003, 1800-103-0003 (টেলি)/ +91 0124 4535099 (ফ্যাক্স)/ ইমেল : customerservice@canarahsbclife.in, ওয়েবসাইট : www.canarahsbclife.com