

Death Claim Form/ Credit Life/ (Form- CGL)
ಮರಣದ ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆ - ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಲೈಫ್ (ನಮೂನೆ- ಸಿಜಿಎಲ್)

<p>Important Information/ ಪ್ರಮುಖ ಮಾಹಿತಿ</p> <p>1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies. ಪಾಲಿಸಿ ಮೊಬಲಗುಗಳಿಗೆ ಕಾನೂನುಬದ್ಧವಾಗಿ ಅರ್ಹತೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು</p> <p>2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim. ಈ ನಮೂನೆಯ ಸಲ್ಲಿಕೆಯು ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯಂತೆ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಬಾರದು</p> <p>3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below. ದಯವಿಟ್ಟು ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖೆ ಅಥವಾ ಕೆಳಗೆ ಸೂಚಿಸಲಾದ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ಈ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ</p>
--

A. Details of the Claimant/ ಹಕ್ಕುದಾರರ ವಿವರಗಳು

Name of Master Policy Holder:/ ಮಾಸ್ಟರ್ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು:	Relationship to member insured: ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರ ಜೊತೆಗಿನ ಸಂಬಂಧ:
Name of Nominee: ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಹೆಸರು: Date of birth & age of appointee: ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ: Relationship to member insured: ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರ ಜೊತೆಗಿನ ಸಂಬಂಧ: Nationality: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ: Country of Residence: ನೆಲೆಸಿರುವ ದೇಶ: Mailing Address: ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ:	Name of Appointee: ನಿಯೋಜಕರ ಹೆಸರು: Date of birth & age of appointee: ನಿಯೋಜಕರ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು: Relationship with nominee: ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಜೊತೆಗಿನ ಸಂಬಂಧ:

B. Details of the Deceased/ ಮೃತರ ವಿವರಗಳು

Insured member's Full Name:/ ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು:	Date of birth & age: ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸು:
Gender:/ಲಿಂಗ: Male/ಗಂಡು <input type="checkbox"/> Female/ಹೆಣ್ಣು <input type="checkbox"/>	Single life member/ ಹೆಣ್ಣು <input type="checkbox"/> / Joint life member/ಏಕ ಸದಸ್ಯರು <input type="checkbox"/>
Last residential address: ಕೊನೆಯ ವಸತಿ ವಿಳಾಸ:	Occupation:/ಉದ್ಯೋಗ:
Employer's name & address: ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ:	Loan Account No.: / ಸಾಲದ ಖಾತೆ ಸಂ.: Date of enrollment: / ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ:

C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY)/ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು (ಕಡ್ಡಾಯ)

Bank Account No/ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ Type of Account:/ ಖಾತೆಯ ಪ್ರಕಾರ: <input type="checkbox"/> Saving/ಉಳಿತಾಯ <input type="checkbox"/> Current/ಚಾಲ್ತಿ <input type="checkbox"/> NRE <input type="checkbox"/> Other/ಇತರೆ (In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) (NRI ಹಕ್ಕುದಾರರಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು NRO ಖಾತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಒದಗಿಸಿ) IFS Code:/ IFS ಕೋಡ್: _____ Bank Name and Address:/ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ: _____
Note - Kindly attach a copy of / bank passbook/ or a cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY) ಗಮನಿಸಿ - ದಯವಿಟ್ಟು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್ ಪ್ರತಿ ಅಥವಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೊಂದಿರುವ ರದ್ದುಪಡಿಸಲಾದ ಚೆಕ್ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುದಾರ ಹೆಸರನ್ನು ಪತ್ರಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು (ಕಡ್ಡಾಯ)

D. Details about claim Particulars of the Claim/ ಕ್ಲೈಮ್‌ನ ವರದಿ ಕುರಿತಾದ ವಿವರಗಳು

Date of death: ಮರಣದ ದಿನಾಂಕ:	Time of death: ಮರಣದ ಸಮಯ:	(a.m <input type="checkbox"/> / pm <input type="checkbox"/>	Place of death: ಮರಣದ ಸ್ಥಳ:
Immediate cause of death: ಮರಣಕ್ಕೆ ತಕ್ಷಣದ ಕಾರಣ:	Duration of last illness: ಕೊನೆಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಅವಧಿ:		

When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಯಾವಾಗ ಹೇಳಿದರು?
Nature of Illness then complained: / ದೂರು ನೀಡಲಾದ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಕೃತಿ:
Place of treatment: / ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸ್ಥಳ: _____
Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness: ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕೊನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರ/ಗಳ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ: If Accidental Death: ಅಪಘಾತದಲ್ಲಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ್ದರೆ: a) Date of Accident/ಅಪಘಾತದ ದಿನಾಂಕ: _____ b) Time of accident: / ಅಪಘಾತದ ಸಮಯ(a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>) _____ c) Place of accident: / ಅಪಘಾತದ ಸ್ಥಳ: _____ If F.I.R. done: / ಎಫ್.ಐ.ಆರ್. ಮಾಡಿದ್ದರೆ: a) Date of F.I.R. / F.I.R. ದಿನಾಂಕ _____ b) F.I.R. Number: / F.I.R ಎಫ್.ಐ.ಆರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ c) Name of the Police Station: / ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ಹೆಸರು: _____ If Post Mortem conducted : / ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ್ದರೆ: a) Post Mortem Number: / ಮರಣೋತ್ತರ: _____ b) Date of Post Mortem: / ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ: _____

Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them. ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಗುಣಮುಖವಾಗಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ:		
Date of Consultation/ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ದಿನಾಂಕ	Name & Address of Doctor/ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	Reasons for Consultation/ ಸಮಾಲೋಚನೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು

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.

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಣ:

ಇಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಿಷಯ ನನಗೆ/ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ, ಮತ್ತು ಈ ನಮೂನೆಯ ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪೂರಕವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುವ ಅಥವಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ವಿಚಾರಣೆಯ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುವಂತೆ ರಚಿತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ಅದು ಜೀವನದ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಯಲ್ಲಿನ ಭರವಸೆಯ ಬಲವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕುಗಳು ಅಥವಾ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವಿಕೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ತನಿಖೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪಡೆದ ರಕ್ಷಣೆ ರಹಸ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ನಿಷೇಧ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನಿನ ಬಳಕೆ, ಕಸ್ಟಮ್ ಅಥವಾ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ನಿಬಂಧನೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಪೊಲೀಸ್ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳು ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಏಜೆನ್ಸಿ, ಅಥವಾ ಉದ್ಯೋಗದಾತರು ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಕೆನರಾ ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಅಥವಾ ಅದರ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಸಲಹೆಗಾರರು ಅಥವಾ ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಅಥವಾ ಅದರ ಪರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಯಾವುದೇ ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗೆ ಮೃತರ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ನಾನು/ನಾವು

ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಮೃತರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ, ಉದ್ಯೋಗ, ಹಣಕಾಸು ಅಥವಾ ವಿಮೆ, ಸಲಹೆ, ಮೃತರಿಗೆ ಒದಗಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ವಿರುದ್ಧ ಯಾವುದೇ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮೃತರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಮೃತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ, ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆ, ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆ, ಮದ್ಯದ ಬಳಕೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ(ಎಡ್ಸ್ ವೈರಸ್) ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೋಗಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯು ಅಗತ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಈ ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ನಕಲು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮೂಲ ಪ್ರತಿಯು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಮಾನ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನನ್ನ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿನ ಹಣದ ನೇರ/ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ನಾನು ದೃಢೀಕೃತ ವಿಮಾಗಾರನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ. ಗ್ರಾಹಕನ ಖಾತೆಗೆ ಅಲ್ಲದ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ವ್ಯವಹಾರ ವಿಳಂಬವಾದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಗ್ರಾಹಕನ ಖಾತೆಗೆ ಅಪೂರ್ಣ/ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮ ಬಿರದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ವ್ಯವಹಾರ ವಿಳಂಬವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅಪೂರ್ಣ/ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮ ಬಿರದಿದ್ದರೆ ಕೆನರಾ ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಂದುವರೆದು, ನೇರ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸದ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಪ್ಪ್/ ಪಾವತಿಸುವ ಚೆಕ್‌ಗೆ ಸಮಾನವಾಗಿ ಸೇರಿಸದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಬಳಕೆ ಪರ್ಯಾಯ ಪಾವತಿಯ ಆಯ್ಕೆಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕೆನರಾ ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಕಾಯ್ದಿರಿಸುತ್ತದೆ. ಹಕ್ಕುದಾರರು ಒದಗಿಸಲಾದ ಹಕ್ಕುದಾರರ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಮಾಹಿತಿಯ ಆಧಾರ ಮೇಲೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುದಾರ ಹೆಸರಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಅದರಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ/ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ನವೀಕರಣಗಳು/ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳು/ಪಠ್ಯ ಸಂದೇಶಗಳು ಅಥವಾ ಇ-ಮೇಲ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ಅಥವಾ ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಬಹುದಾದ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು/ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

Signature/left hand thumb impression(if illiterate) of claimant
ಹಕ್ಕುದಾರರ ಸಹಿ/ಎಡಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು (ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ)
Name/ ಹೆಸರು _____
Company Seal/ ಕಂಪನಿಯ ಮುದ್ರೆ _____
Address/ ವಿಳಾಸ _____
Date/ ದಿನಾಂಕ _____

Signature of Witness(Mandatory)/ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ(ಕಡ್ಡಾಯ)
Name/ ಹೆಸರು _____
Address/ ವಿಳಾಸ _____
Date/ ದಿನಾಂಕ _____
Employment details from the list below / ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು _____

(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.)

(ಈ ನಮೂನೆಯ ಕೆಳಗಿನ ಯಾರಾದರೂ ಒಬ್ಬರ ಸಾಕ್ಷಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು: (1) ಕಂಪನಿಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿ. (2) ಕಂಪನಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ, (3) ಪಾಲುದಾರಿಕೆ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ, (4) ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ರಬ್ಬರ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್‌ಯಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ, (5) ಸರ್ಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿ, (6) ಸರ್ಕಾರಿ ಶಾಲೆಯ ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯ/ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲರು , (8) ನ್ಯಾಯಾಧೀಶರು.)

Requirements to be submitted along with this form*/ ನಮೂನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು *:

1. Original Certificate of Insurance/ ಮೂಲ ವಿಮೆಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ ಪುರಸಭೆಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಹೊರಡಿಸಿದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಸಾಲದ ಹೇಳಿಕೆ	<input type="checkbox"/>
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್/ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲು ಪ್ರತಿ	<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) / ಕಂಪನಿಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕ್ಲೈಮ್ ನಮೂನೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿರಬೇಕು - ವಾರಸುದಾರರು ಹೇಳಿಕೆ, ವೈದ್ಯಕರ ಹೇಳಿಕೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಬಿಡುಗಡೆಯ ಸಾರಾಂಶ, ದಾಖಲಾತಿಯ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು, ಪರಿಶೀಲನೆ ವರದಿಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೂಚಿತ ಔಷಧಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member/ ವಿಮಾ ಸದಸ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆ	<input type="checkbox"/>

7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)/ ಪೋಲೀಸ್ ಐಡಿ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುದಾರನ ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ (ದೃಢೀಕೃತಗೊಂಡ)	<input type="checkbox"/>
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)/ ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ/ ರಾಸಾಯನಿಕ ಒಳಾಂಗಗಳ ವರದಿ (ಮಾಡಿದ್ದರೆ)	<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/ ಪೊಲೀಸ್ ವರದಿಗಳು (ಪ್ರಥಮ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ, ಪಂಚನಾಮ, ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖೆ ವರದಿ, ಮತ್ತು ಪೊಲೀಸ್ ಅಂತಿಮ ವರದಿ) ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಅಥವಾ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವುಗಳ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ	<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)/ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿಯ ಪ್ರತಿ, ಅಪಘಾತದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವೇಳೆ ಜೀವ ಭರವಸೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ಕೇವಲ ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಾವಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆಕಸ್ಮಿಕ ರೈಡರ್ ಅನ್ನು ನೀಡಿ ಹೊಂದಿದ್ದಲ್ಲಿ)	<input type="checkbox"/>

* Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.

* ವಿನಂತಿಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಯಾವುದೇ ಕಛೇರಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

* Company reserves the right to call for any additional requirements (Please tick against the document provided along with this form)

* ಕಂಪನಿಯ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಲು ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ (ಈ ನಮೂನೆ ಜೊತೆಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

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. _____

ದೃಢೀಕರಣ, ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ದೇಶೀಯವಾಗಿ/ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಗುರುತಿನಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ:

ನಾನು, _____ ಅವರ ಮಗ/ಮಗಳು, _____ ನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ನಾನು ವಯಸ್ಸು/ವಯಸ್ಸುಗಳು ಆಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಗ್ರಾಹಕರ ಸಹಿ) _____ ದಿನಾಂಕ _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ. _____

Instruction & Disclaimer: / ಸೂಚನೆ & ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / ದಯಮಾಡಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಿಂದಿ/ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿಮಾಡಿ.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ವಿಷಯವನ್ನು ವಿವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯವಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಆವೃತ್ತಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

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