



CL5000101

ಮರಣದ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್ (ಫಾರ್ಮ್ - C)

ಪ್ರಮುಖವಾದ ಮಾಹಿತಿ:

- 1) ಕ್ಲೈಮ್ ಪಾವತಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗೂ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾರಾದರೂ ಅದನ್ನು ಕೇಳಿದರೆ, ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಕಂಪನಿಗೆ ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ **1800-180-0003, 1800-103-0003** ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ ತಿಳಿಸಬೇಕು
- 2) ಪಾಲಿಸಿ ಹಣಕ್ಕೆ ಕಾನೂನುಬದ್ಧವಾಗಿ ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು
- 3) ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ನಿರ್ಣಯಿಸಬಾರದು
- 4) ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖೆ/ಹಬ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಈ ಕೆಳಗೆ ಸೂಚಿಸಿದ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿ

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ(ಗಳು): \_\_\_\_\_ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಲಾದ ಮೊತ್ತ: \_\_\_\_\_

A. ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರ ವಿವರಗಳು:

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸುವಾಗ ವಯಸ್ಸು  ವರ್ಷಗಳು  
 ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_  
 ವೃತ್ತಿ \_\_\_\_\_ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ವರ್ಷಕ್ಕೆ) \_\_\_\_\_ ಐಎನ್‌ಆರ್  
 ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು (ವೇತನ ಪಡೆಯುವ ನೌಕರರಾಗಿದ್ದರೆ) \_\_\_\_\_ ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ. \_\_\_\_\_  
 ಮೃತರು ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಅವನ/ಅವಳ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ದಿನಾಂಕ   /   /

B. ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ವಿವರಗಳು (ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಇದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ):

ಹೆಸರು(ಗಳು) \_\_\_\_\_ ವಿಮೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_  
 ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ   /   /     ಮೇಲಿಂಗ್ ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ದೂರವಾಣಿ \_\_\_\_\_ ಮೊಬೈಲ್ \_\_\_\_\_  
 ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ \_\_\_\_\_  
 ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ/ ಫಾರ್ಮ್ 60 \_\_\_\_\_  
 ದಯವಿಟ್ಟು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಫೋಟೋ ಐಡಿ ಪುರಾವೆಯ ನಕಲನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ (ಯಾವುದನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)  
 ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್  ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್  ಮತದಾರರ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್  
 ಕಂಪನಿಯ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್  ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ) \_\_\_\_\_

C. ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು (ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ):

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂ. \_\_\_\_\_ ಖಾತೆಯ ಪ್ರಕಾರ:  ಉಳಿತಾಯ  ಚಾಲ್ತಿ  ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ  ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ  
 (ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಎನ್‌ಆರ್‌ಐ ಆದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಒದಗಿಸಿ)  
 ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_  
 ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_  
 ಗಮನಿಸಿ- ದಯವಿಟ್ಟು ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಮೇಲೆ ಮುದ್ರಿಸಲಾದ ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರಿನೊಂದಿಗೆ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಲಾದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲು ಅಥವಾ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕರಿಸಲಾದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ಹೇಳಿಕೆ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ನಕಲನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ



CL5000101

**D. ಕೈಮನ ವಿವರಗಳು:**

ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: / /  ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದ ಸಮಯ: :  (a.m.  / p.m.  ) ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದ ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_

ಮರಣದ ಕಾರಣ: \_\_\_\_\_

ವಿಮೆದಾರರ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅವಧಿಯ ವಿವರಗಳು (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ)

\_\_\_\_\_

ಅಂತ್ಯಕ್ರಿಯೆ/ಶವಸಂಸ್ಕಾರ ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ  /  /  ಅಂತ್ಯಕ್ರಿಯೆ/ಶವಸಂಸ್ಕಾರ ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_

ವಿದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ: ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್‌ನ ವಿವರಗಳು (ಸಂಖ್ಯೆ, ವಿತರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ); ಮೃತರು ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಭಾರತವನ್ನು ತೊರೆದ ದಿನಾಂಕ; ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ದೇಹವನ್ನು ಯಾವಾಗ ಮತ್ತು ಹೇಗೆ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಾಗಿಸಲಾಯಿತು ಎಂಬುದರ ಕುರಿತಾದ ವಿವರಗಳು.

ವಿಮೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದವರು ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದು ಮೊದಲು ದೂರು ನೀಡಿದ್ದು ಯಾವಾಗ? \_\_\_\_\_

ವಿಮೆದಾರರು ಎಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಯಾವಾಗಿನಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡರು \_\_\_\_\_

ಅನಾರೋಗ್ಯಗೊಂಡ ಕೊನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರು/ಗಳು ಮತ್ತು ಸಾವನ್ನು ಘೋಷಿಸಿದ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

\_\_\_\_\_ ವೈದ್ಯರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ. \_\_\_\_\_

ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆ / ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ವಿವರಗಳು \_\_\_\_\_

**E. ಅಪಘಾತದ ಕೈಮನ ವಿವರಗಳು:**

ಮರಣವನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡಿದ ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ / /

ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಸಂ. \_\_\_\_\_

ಮರಣೋತ್ತರ ದಿನಾಂಕ / /

ಮರಣೋತ್ತರದ ಸಂ. \_\_\_\_\_

ಅಪಘಾತ ನಡೆದ ದಿನಾಂಕ / / ; ಅಪಘಾತ ನಡೆದ ಸಮಯ :  (a.m.  / p.m.  )

ಅಪಘಾತ ನಡೆದ ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_

ಅಪಘಾತ ಹೇಗೆ ಸಂಭವಿಸಿತು ಎಂಬುದರ ಕಿರು ವಿವರಣೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ)

**F. ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರ ಜೀವನದ ಕುರಿತು ಇತರ ಜೀವ ವಿಮೆ ಮತ್ತು ಮೆಡಿಕೇಮ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳು:**

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.	ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು	ಪಾಲಿಸಿಯ ದಿನಾಂಕ	ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (Rs.)	ರೆಡರ್ ಪ್ರಯೋಜನದ ಮೊತ್ತ (Rs.)	ಕೈಮನ ಸ್ಥಿತಿ



CLIS000101

**G. ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವಿಕೆ:**

ನಾನು/ನಾವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜವೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಕ್ಲೈಮ್ ಪಾವತಿಯು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿರಬೇಕು. ನಾನು ಕೆನರಾ ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿಮಿಟೆಡ್ ("ಕಂಪನಿ") ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅದರ ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು ಅಧಿಕೃತ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರರು ಸೇರಿದಂತೆ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು (ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ) ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು/ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ), ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು/ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು (ಪೊಲೀಸ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಕಂದಾಯ, ಇತ್ಯಾದಿ) ಬದಲಾಯಿಸಲಾಯಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಹಣಕಾಸಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಪರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಮರುವಿಮೆದಾರ, ವಿಮಾ ಸಂಘ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಇತರ ವಿಮೆಗಾರರು, ಶಾಸನಬದ್ಧ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ನಿಯಂತ್ರಕ, ತನಿಖಾ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಹಂಚಿಕೆಗಾಗಿ ನನ್ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಪಡೆಯದೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಈ ಘೋಷಣೆಯ ನಕಲನ್ನು ಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು / ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಸಹಿ ಅಥವಾ ಎಡಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_

ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕ  /  /

ದಿನಾಂಕ  /  /

ಘೋಷಣೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕವಿಲ್ಲದ ಮತ್ತು ಗುರುತನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಬಹುದಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಮಾಡಬೇಕು:

"ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ \_\_\_\_\_ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನನ್ನಿಂದ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅವನು/ಅವಳು ಅದರಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ಗೆ ಅವನ/ಅವಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ"

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು \_\_\_\_\_

- (ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾರಾದರೂ ಒಬ್ಬರು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು: (1) ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್, (2) ಕಂಪನಿಯ ಸಂಬಂಧ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, (3) ವಿತರಣಾ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಶಾಖಾ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, (4) ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ರಬ್ಬರ್ ಸ್ಟಾಂಪ್ ಹೊಂದಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, (5) ಗೆಜೆಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ, (6) ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯರು / ಸರ್ಕಾರಿ ಶಾಲೆಯ ಪ್ರಾಂಶುಪಾಲರು, (7) ಮ್ಯಾಜಿಸ್ಟ್ರೇಟ್ (8) ಕಂಪನಿಯ ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗಿ.)



CL5000101

ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಜೊತೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳು\*:

ನಿಲ್ ಡೆತ್ ಬೆನಿಫಿಟ್ ಯೋಜನೆಗಳು/ಪಾವತಿಸಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಗಳು/ಶುದ್ಧ ಪಿಂಚಣಿ ಯೋಜನೆಗಳಿಗಾಗಿ	
1. ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್	
2. ಪುರಸಭೆ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನೀಡಿದ ಮೂಲ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ	
3. ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ಫೋಟೋ ಐಡಿ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ (ಸರಿಯಾಗಿ ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು)	
4. ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್/ ರದ್ದು ಮಾಡಲಾದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲು	
ಇತರೆ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು	
5. ವೈದ್ಯಕರ ಹೇಳಿಕೆ	
6. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ	
7. ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶ, ಪ್ರವೇಶ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು, ತಪಾಸಣಾ ವರದಿಗಳು, ವೈದ್ಯರು ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ ಔಷಧಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ)	
8. ಮರಣೋತ್ತರ ಪರೀಕ್ಷೆ (ನಡೆಸಿದ್ದರೆ)	
9. ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳ ರಜೆ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ	
ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಸಾವಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಅಪಘಾತ, ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ, ಕೊಲೆ, ಹರಾತ್/ನಿಗೂಢವಾದ ಸಾವು ಇತ್ಯಾದಿ)	
10. ಮೊದಲ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ (ಎಫ್‌ಐಆರ್)	
11. ಪಂಚನಾಮೆ, ಪೊಲೀಸ್ ತನಿಖಾ ವರದಿ, ಪೊಲೀಸರ ಅಂತಿಮ ವರದಿ	
12. ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ, ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿ ಮತ್ತು ಟಾಕ್ಸಿಕಾಲಜಿ/ವಿಸ್ಕರಾ ವರದಿ	
13. ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ, ವಾರ್ತಾಪತ್ರಿಕೆಯ ತುಣುಕುಗಳು	
14. ಅಪಘಾತದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮಾದಾರರು ಚಾಲನೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆ ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್‌ನ ನಕಲು (ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಂಭವಿಸಿದ ಮರಣದ ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ)	

\* ಕಂಪನಿಯ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗಾಗಿ ಕರೆ ಮಾಡುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ

ಕೆನರಾ ಎಜ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (IRDA Regn. No. 136)

ಆರ್ಕಿಡ್ ಬಿಸಿನೆಸ್ ಪಾರ್ಕ್, 2 ನೇ ಮಹಡಿ, ಸೆಕ್ಟರ್ - 48, ಸೊಹ್ನಾ ರಸ್ತೆ, ಗುರುಗ್ರಾಮ್ - 122018, ಹರಿಯಾಣಾ, ಭಾರತ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ : ಯುನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ 208, 2 ನೇ ಮಹಡಿ, ಕಾಂಚನಜುಂಗಾ ಕಟ್ಟಡ, 18 ಬಾರಖಂಬಾ ರಸ್ತೆ, ನವದೆಹಲಿ - 110001, ಭಾರತ, ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ.- U66010DL2007PLC248825, ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ 1800-180-0003, 1800-103-0003 (ದೂರ)/+91 0124 4535099 (ಫ್ಯಾಕ್ಸ್)/ ಇಮೇಲ್ : customerservice@canarahsbclife.in ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ : www.canarahsbclife.com