

**Death Claim Form – Credit Life / (Form- CGL) /  
 ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം (ഫോം- CGL)**

Important Information / പ്രധാന അറിയിപ്പുകൾ:

- 1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies  
 പോളിസി തുകയ്ക്ക് നിയമപരമായി അവകാശമുള്ള വ്യക്തിയാണ് ഇത് പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്
- 2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim  
 ഈ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നത് ക്ലെയിം അംഗീകരിച്ചുവെന്ന് അർത്ഥമാക്കുന്നില്ല
- 3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below  
 സമീപമുള്ള ശാഖ അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള വിലാസത്തിൽ ഈ ഫോമും ഇതിന് ആവശ്യമുള്ളവയും സമർപ്പിക്കുക

**A. Details of the Claimant / അവകാശവാദിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ**

Name of Master Policy Holder: പ്രധാന പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്	Relationship to member insured: ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗവുമായുള്ള ബന്ധം:
Name of Nominee: നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്: Date of birth & age of nominee: നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ ജനനതീയതിയും വയസ്സും: Relationship to member insured: ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗവുമായുള്ള ബന്ധം: Nationality: പൗരത്വം: Country of Residence: താമസിക്കുന്ന രാജ്യം: Mailing Address: മെയിൽ ചെയ്യേണ്ട വിലാസം:	Name of Appointee: നിയുക്തനായ വ്യക്തിയുടെ പേര്: Date of birth & age of appointee: നിയുക്തനായ വ്യക്തിയുടെ ജനനതീയതിയും വയസ്സും: Relationship with nominee: നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം:

**B. Details of the Deceased / അന്തരിച്ച വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:**

Insured member's Full Name: ഇൻഷുർ ചെയ്ത അംഗത്തിന്റെ പൂർണ്ണനാമം:	Date of birth & age: ജനനതീയതിയും വയസും:
Gender: / ലിംഗഭേദം: Male/പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> / Female/സ്ത്രീ <input type="checkbox"/>	Single life member <input type="checkbox"/> / Joint life member <input type="checkbox"/> അവിവാഹിതൻ / വിവാഹിതൻ
Last residential address:/ അവസാനം താമസിച്ച വീടിന്റെ വിലാസം:	Occupation: / ജോലി:
Employer's name & address: / തൊഴിലുടമയുടെ പേരും വിലാസവും:	Loan Account No: / ലോൺ അക്കൗണ്ട് നം.: Date of enrollment: / അംഗമായ തീയതി:

**C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY): / അവകാശവാദിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ (നിർബന്ധം):**

Bank Account No / ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നം. _____	Type of Account: / അക്കൗണ്ട് തരം: <input type="checkbox"/> Saving / സേവിംഗ്സ് <input type="checkbox"/> Current / കറന്റ് <input type="checkbox"/> NRE / NRE <input type="checkbox"/> Other / മറ്റുള്ളവ
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) / (അവകാശവാദി NRI ആണെങ്കിൽ, NRO അക്കൗണ്ട് നമ്പർ മാത്രം നൽകുക)	
IFS Code/ IFS കോഡ് _____	
Bank Name and Address/ ബാങ്കിന്റെ പേരും വിലാസവും: _____	
<b>Note - Kindly attach a copy of bank passbook or cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY).</b> <b>അറിയിപ്പ്- അക്കൗണ്ട് നമ്പറും അവകാശവാദിയുടെ പേരും അടങ്ങുന്ന ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ഒരു പകർപ്പോ റദ്ദാക്കിയ ചെക്കോ ഒപ്പം</b>	

വെക്കുക(നിർബന്ധം)

**D. Details about claim Particulars of the Claim: / ക്ലെയിമിന്റെ ക്ലെയിം വിവരങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ**

Date of death: മരണപ്പെട്ട തീയതി	Time of death: മരണസമയം	(a.m. <input type="checkbox"/> / p.m. <input type="checkbox"/>	Place of Death: മരണപ്പെട്ട സ്ഥലം:
Immediate cause of death: _____ മരണ കാരണം:		Duration of last illness: _____ അവസാനം ബാധിച്ച രോഗത്തിന്റെ കാലയളവ്	
When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയ്ക്ക് രോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യം കണ്ടതെപ്പോഴാണ്?			
Nature of Illness then complained/ കണ്ടെത്തിയശേഷമുള്ള രോഗ സ്വഭാവം: _____ Place of treatment/ ചികിത്സിച്ച സ്ഥലം: _____			
Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness: രോഗ കാലയളവിന്റെ അവസാന ഘട്ടത്തിൽ ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ/ഡോക്ടർമാരുടെ പേര്, വിലാസം, ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ:			
If Accidental Death: / അപകട മരണമാണെങ്കിൽ: a) Date of Accident: / അപകടം സംഭവിച്ച തീയതി: _____ b) Time of Accident: / അപകടം സംഭവിച്ച സമയം: _____ c) Place of Accident: / അപകടം സംഭവിച്ച സ്ഥലം: _____			
If F.I.R done: / F.I.R എഴുതിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ: a) Date of F.I.R / F.I.R തീയതി: _____ b) F.I.R. Number: / F.I.R നമ്പർ: _____ c) Name of the Police Station / പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേര്			
Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them: മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയെ അവസാന മൂന്നു വർഷം ചികിത്സിച്ച പേരും വിലാസവും അവർ ഭേദമാക്കിയ അസുഖങ്ങളും:			
<b>Date of Consultation / സന്ദർശന തീയതി</b>	<b>Name &amp; Address of Doctor/ ഡോക്ടറിന്റെ പേരും വിലാസവും</b>	<b>Reasons for Consultation/ സന്ദർശന കാരണങ്ങൾ</b>	

**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.

**പ്രസ്താവനയും അനുമതിയും:**

മുകളിൽ നൽകിയ പ്രസ്താവനകളെല്ലാം തന്നെ സത്യമാണെന്നും, അതേസമയം ഈ ഫോമിന്റെ നടപടികൾക്കായോ അനുബന്ധമായ മറ്റ് കാര്യങ്ങൾക്കായോ കമ്പനി ഇൻഷുറൻസ് ചെയ്ത വ്യക്തിയോട് നടത്തുന്ന നിരവധി അന്വേഷണങ്ങൾ അവകാശങ്ങളെയോ സുരക്ഷയെയോ ബാധിക്കാത്തവയായിരിക്കുമെന്നും ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിച്ച് അംഗീകരിക്കുന്നു. അങ്ങനെയൊന്നിനെയും വൈദ്യ പരിശോധന സമയത്ത് / മരണപ്പെട്ടയാളുടെ രോഗനിർണ്ണയ സമയത്ത് ലഭ്യമാക്കുന്ന സ്വകാര്യ വിവരങ്ങൾ ഏത് നിയമത്തിനോ ഉപയോഗത്തിനോ മറ്റുള്ളവയ്ക്കോ അംഗീകാരങ്ങൾക്കോ വേണ്ടി ഉപയോഗിക്കില്ല. മരണപ്പെട്ടയാളുടെ രോഗാവസ്ഥയെക്കുറിച്ചോ ജോലിയെക്കുറിച്ചോ സാമ്പത്തികാവസ്ഥ അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസിനെക്കുറിച്ചോ ഉപദേശത്തെക്കുറിച്ചോ മരണപ്പെട്ടയാൾക്ക് നൽകിയ ചികിത്സയെക്കുറിച്ചോ നടത്തിയ നിയമലംഘനത്തെക്കുറിച്ചോ മരണപ്പെട്ടയാൾക്കുള്ള മാനസിക രോഗങ്ങൾ, മയക്കുമരുന്ന് ഉപയോഗം, മദ്യപാനം, HIV (എച്ച്ഡിസ് വൈറസ്) ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ ലൈംഗിക രോഗങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചോ ഉള്ള വിവരങ്ങൾ കാനറാ HSBC ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ അതിന്റെ ഉദ്യോഗസ്ഥർക്കോ അഭിഭാഷകർക്കോ കോടതിയ്ക്കോ ഇതുമായി ബന്ധപ്പെട്ടുപ്രവർത്തിക്കുന്ന ഗവേഷണ ഏജൻസിയ്ക്കോ നൽകാൻ ഞാൻ പിന്തുണയോ ആശുപത്രിയോ പോലീസ് അധികാരികളെയോ സർക്കാർ ഏജൻസികളെയോ തൊഴിലാളിയെയോ മറ്റ് സ്ഥാപനം / വ്യക്തികളെയോ ചുമതലപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നു. ഈ അംഗീകാരത്തിന്റെ പകർപ്പിനെ, യഥാർത്ഥ പകർപ്പിന്റെ അതേ മൂല്യത്തോടെ പരിഗണിച്ചേക്കാം. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൽ നിന്നും നേരിട്ട്/ ഇലക്ട്രോണിക് വഴി പണം കൈമാറ്റം ചെയ്യുന്നതിന് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെ ചുമതലപ്പെടുന്നു. നിങ്ങളുടെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൽ വേണ്ടവിധം പണം ഇല്ലാതാക്കിയെടുക്കുകയോ കൈമാറ്റം സാധ്യമാക്കുന്നതിൽ നടക്കുകയോ അപൂർണ്ണമായതോ തെറ്റായതോ അയ വിവരങ്ങൾ നൽകിയത് കാരണവും ഉണ്ടാകുന്ന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്ക് കാനറാ HSBC ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ഉത്തരവാദിത്വം ഏറ്റെടുത്തേക്കില്ല. നേരിട്ട് പണമടയ്ക്കുന്നത് നിറവേറ്റാനായില്ലെങ്കിൽ പകരമായി ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്/പാർ ചെക്ക് എന്നിങ്ങനെയുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇതര പേഴ്സോണൽ ഓപ്പണിംഗ് ഉപയോഗിക്കാനുള്ള അവകാശം കാനറാ HSBC ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് അനുവാദം നൽകുന്നു. അവകാശ വാദി നൽകിയ അവകാശവാദിയുടെ അക്കൗണ്ട് നമ്പറിൽ നിന്ന് മാത്രമാണ് ക്രെഡിറ്റ് ഞങ്ങളുടെയുള്ളൂ. അതേസമയം അവകാശവാദിയുടെ വിവരങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കില്ല. എന്റെ പ്രൊപ്പോസൽ/പോളിസിയിലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപ്ഡേറ്റുകൾ/വിവരങ്ങൾ സമയാസമയം ഫോൺ കോളുകൾ/ടെക്സ്റ്റ് സന്ദേശങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ഇമെയിലുകൾ മുഖേന ഇവിടെയും മുകളിലുമായി ഞാൻ നൽകിയതോ അല്ലെങ്കിൽ ഭാവിയിൽ നൽകാനിടയുള്ളതോ ആയ എന്റെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പറുകളിലേക്ക്/ ഇമെയിൽ ID-കളിലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.

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

ഒപ്പ് / ഇടത് പ്പുകൾ/(നിരക്ഷരനായ എങ്കിൽ) അവകാശി

Name / പേര് \_\_\_\_\_

Company Seal/ വിലാസം \_\_\_\_\_

Address/വിലാസം \_\_\_\_\_

Date/ തീയതി \_\_\_\_\_

Signature of Witness(Mandatory)

സാക്ഷിയുടെ പേര്, ഒപ്പ് (നിർബന്ധിതം)

Name/പേര് \_\_\_\_\_

Address/ വിലാസം \_\_\_\_\_

Date / തീയതി \_\_\_\_\_

Employment details from the list below / ചുവടെയുള്ള പട്ടികയിൽ നിന്നുള്ള തൊഴിൽ വിശദാംശങ്ങൾ

\_\_\_\_\_

(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.)

ഇനിപ്പറയുന്നവരിൽ ഒരാൾ ഈ ഫോം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം: (1) കമ്പനിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അധികാരി, (2) കമ്പനിയുടെ റിലേഷൻഷിപ്പ് മാനേജർ, (3) പങ്കാളിയായ ബാങ്കിന്റെ ബാങ്ക് മാനേജർ, (4) റബ്ബർസ്റ്റാമ്പുള്ള ദേശസാൽക്കരിച്ച ബാങ്കിന്റെ ബാങ്ക് മാനേജർ (5) ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ, (6) സർക്കാർ സ്കൂളിലെ പ്രധാന അധ്യാപകൻ / പ്രിൻസിപ്പൽ, (8) മജിസ്ട്രേറ്റ്

**Requirements to be submitted along with this form\*: / ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടവ\*:**

1. Original Certificate of Insurance/1. ഇൻഷുറൻസിന്റെ യഥാർത്ഥ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ നഗരസഭ അധികാരികൾ നൽകിയ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/ കൂടിശ്ശികയുള്ള ലോണിന്റെ പ്രസ്താവന	<input type="checkbox"/>
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക്/റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് എന്നിവയുടെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്	<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) ഉചിതമായി പൂർത്തിയാക്കിയതും ഒപ്പിട്ടതുമായ കമ്പനിയുടെ നിർദ്ദിഷ്ട ക്ലെയിം ഫോർമാറ്റുകൾ- അവകാശവാദികളുടെ പ്രസ്താവന, ഡോക്ടറുടെ പ്രസ്താവന, ചികിത്സിച്ച ആശുപത്രിയുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റും ആശുപത്രി രേഖകളും (ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത വിവരങ്ങളുടെ സംഗ്രഹം, അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, പരിശോധന റിപ്പോർട്ടുകൾ, വൈദ്യ പരിശോധന നിർദ്ദേശങ്ങൾ മുതലായവ)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member/ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത അംഗത്തിന്റെ വയസ്സ് തെളിയിക്കാനുള്ള കൃത്യമായ രേഖ	<input type="checkbox"/>
7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)/ അവകാശവാദിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡിയും വിലാസ തെളിവും (സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം)	<input type="checkbox"/>
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)/ പോസ്റ്റ്- മോർട്ടം/ ആന്തരികാവയവങ്ങളുടെ രാസപരിശോധന റിപ്പോർട്ട് (നടന്നിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)	<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 അസാഭാവികമായ അല്ലെങ്കിൽ അപകട മരണമാണെങ്കിൽ മാത്രം പോലീസ് റിപ്പോർട്ടുകൾ (പ്രഥമ വിവര റിപ്പോർട്ട്, പഞ്ചനാമ, പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്, പോലീസിന്റെ അന്തിമ റിപ്പോർട്ട്)	<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) അപകടം നടക്കുന്ന സമയത്ത് ലൈഫ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തി ഡ്രൈവ് ചെയ്തിരുന്നെങ്കിൽ മാത്രം ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസിന്റെ പകർപ്പ് ( അപകട മരണ ക്ലെയിമുകളുടെ സാഹചര്യത്തിലും പോളിസിക്ക് അധിക ആക്സിഡന്റൽ റൈഡർ ഉണ്ടെങ്കിലും മാത്രം)	<input type="checkbox"/>

\* Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.  
 \* ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ഓഫീസുകളിലൊന്നിൽ ഈ ഫോം സ്വീകരിച്ചതിനു ശേഷം അഭ്യർത്ഥനകളിൽ നടപടി സ്വീകരിക്കും.  
 \* Company reserves the right to call for any additional requirements / \* കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി വിളിക്കാനുള്ള അവകാശം കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്  
 (Please tick  against the document provided along with this form) / (ഈ ഫോമിനൊപ്പം നൽകിയ പ്രമാണത്തിൽ ശരിയടയാളം  ഇടുക)

**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. \_\_\_\_\_

ഈ ഫോം പ്രാദേശിക ഭാഷയിലോ വിരലടയാളമോ ഉപയോഗിച്ച് ഒപ്പുവെച്ചിരിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, നൽകുന്ന സത്യവാങ്മൂലം: എനിക്ക് ഈ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ, \_\_\_\_\_ ഭാഷയിൽ യഥാർത്ഥം വിശദീകരിച്ചുതന്നതായും അത് എനിക്ക് മനസ്സിലായതായും, \_\_\_\_\_ എന്ന വിലാസത്തിൽ താമസിക്കുന്ന

\_\_\_\_\_ എന്നയാളുടെ പ്രായപൂർത്തിയായ മകനായ / മകളായ എന്ന ഞാൻ ഇതിനാൽ

(ഉപഭോക്താവിന്റെ ഒപ്പ്) \_\_\_\_\_ തീയതി \_\_\_\_\_ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer: / നിർദ്ദേശങ്ങളും നിരാകരണവും:**

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / വിശദാംശങ്ങൾ ഹിന്ദിയിൽ/ഇംഗ്ലീഷിൽ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail. / ഉള്ളടക്കം പരിഭാഷപ്പെടുത്തുന്നതിൽ ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ വിയോജിപ്പുണ്ടാകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ഇംഗ്ലീഷ്

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