



CL\$000101

ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം (ഫോം-C)

പ്രധാന വിവരങ്ങൾ:

- 1) ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് പ്രോസസ്സിംഗ് ആർക്കും ഫീസ് നൽകേണ്ട ആവശ്യമില്ല. ആരെങ്കിലും ആവശ്യപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തി ആ വിവരം കമ്പനിയെ 1800-180-0003, 1800-103-0003 എന്ന ടോൾ ഫ്രീ നമ്പറിൽ അറിയിച്ചിരിക്കണം.
2) പോളിസി തുകയ്ക്ക് നിയമപരമായി അവകാശമുള്ള വ്യക്തി പുരിഷിക്കേണ്ടത്
3) ഈ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നു എന്നതുകൊണ്ട് ക്ലെയിം സ്വീകരിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കരുത്
4) ഈ ഫോമും ആവശ്യമായ മറ്റ് രേഖകളും അടുത്തുള്ള ബ്രാഞ്ചിലോ താഴെ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന വിലാസത്തിലോ സമർപ്പിക്കുക

പോളിസി നമ്പർ(നമ്പറുകൾ): _____ ക്ലെയിം ചെയ്ത തുക: _____

A. മരണപ്പെട്ടയാളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

പേര്: _____ മരിക്കുമ്പോൾ ഉള്ള പ്രായം [] [] വയസ്സ്
വീടുവിലാസം: _____
തൊഴിൽ _____ വാർഷിക വരുമാനം (പ്ര.വ) _____ രൂപ
തൊഴിൽദാതാവിന്റെ പേര് (ശമ്പളമുണ്ടെങ്കിൽ) / _____ വിലാസം _____
_____ കോൺടാക്റ്റ് നം. _____
മരണപ്പെട്ടയാൾ അവസാനമായി തന്റെ ജോലിയിൽ പങ്കെടുത്ത തീയതി [] [] / [] [] / [] [] [] []

B. ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ (ഒന്നിൽ കൂടുതൽ ആളുകൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ അധിക ഷീറ്റ് അറ്റാച്ചുചെയ്യുക):

പേര്(കൾ) _____ ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം _____
ജനനത്തീയതി [] [] / [] [] / [] [] [] [] തപാൽ വിലാസം _____
_____ ടെലിഫോൺ: _____ മൊബൈൽ: _____
ഇമെയിൽ ഐഡി: _____
പാൻ നമ്പർ /ഫോം 60 _____
സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ഫോട്ടോ ഐഡി രേഖയുടെ ഒരു പകർപ്പ് ഇതിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക (ഏത് രേഖയാണ് സമർപ്പിച്ചതെന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തുക)
[] പാസ്പോർട്ട് [] ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് [] വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ്
[] കമ്പനി ഐഡി കാർഡ് [] മറ്റുള്ളവ, വ്യക്തമാക്കുക _____

C. ക്ലെയിം ചെയ്യുന്നയാളുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ (നിർബന്ധിതം):

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ അക്കൗണ്ട് തരം: [] സേവിംഗ് [] കറന്റ് [] എൻആർഇ [] എൻആർഒ
(ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തി എൻആർഒ ആണെങ്കിൽ, എൻആർഒ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ തന്നെ നൽകുക)
ഐഎഫ്എസ് കോഡ് _____
ബാങ്കിന്റെ പേരും വിലാസവും _____
ശ്രദ്ധിക്കുക- അക്കൗണ്ട് നമ്പറും അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേരും പ്രിന്റ് ചെയ്ത റദ്ദാക്കിയ ചെക്കിന്റെ അല്ലെങ്കിൽ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് സ്മാർട്ട്കാർഡിന്റെ/ബാങ്ക് പാസ്ബുക്കിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പം സമർപ്പിക്കുക.



CL\$000101

D. ക്ലെയിം വിശദാംശങ്ങൾ:

മരണപ്പെട്ട തീയതി: □□ / □□ / □□□□ മരണപ്പെട്ട സമയം: □□:□□ (a.m.□ / p.m.□) മരണപ്പെട്ട സ്ഥലം: _____

മരണകാരണം: _____

ഇൻഷൂർ ചെയ്തയാൾ മരണപ്പെട്ട സാഹചര്യത്തിൽ അവസാനമായി ഉണ്ടായ അസുഖ കലയെക്കുറിച്ച് വിശദാംശങ്ങൾ (പ്രത്യേകം ഷീറ്റ് അറ്റാച്ചുചെയ്യുക)

ശവദാഹ/ശവസംസ്കാര തീയതി □□ / □□ / □□□□ ശവദാഹ/ശവസംസ്കാര സ്ഥലം _____

മരണം സംഭവിച്ചിരിക്കുന്നത് വിദേശത്താണെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ അടങ്ങിയ ഒരു ഷീറ്റ് അറ്റാച്ചുചെയ്യുക: പാസ്പോർട്ട് വിശദാംശങ്ങൾ (നമ്പർ, ഇഷ്യൂ ചെയ്ത തീയതി); ഇൻഷൂർ ചെയ്ത അവസാനമായി ഇന്ത്യയിൽ നിന്ന് പോയ തീയതി; ശവശരീരം എങ്ങനെ, എപ്പോഴാണ് തിരികെ ഇന്ത്യയിലേക്ക് കൊണ്ടുവന്നത് എന്നതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ, ബാധകമെങ്കിൽ.

ഇൻഷൂർ ചെയ്തയാൾ തന്റെ മോശം ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെക്കുറിച്ച് ആദ്യമായി പരാതിപ്പെട്ടത് എപ്പോഴാണ്? _____

ഇൻഷൂർ ചെയ്തയാൾ ഇതിനായി ചികിത്സ തേടിയത് എവിടെ നിന്നാണ് _____

അവസാനമായി അസുഖമുണ്ടായപ്പോൾ പരിശോധിച്ച ഡോക്ടറുടെയും/ഡോക്ടർമാരുടെയും മരണം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ഡോക്ടറുടെയും പേരും വിലാസവും
_____ ഡോക്ടറുടെ കോൺടാക്റ്റ് നം. _____

കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടയിൽ ഏതെങ്കിലും ആശുപത്രിവാസം/രോഗം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ. ഉണ്ട് ഇല്ല

വിശദാംശങ്ങൾ _____

E. അപകട മരണ ക്ലെയിം വിശദാംശങ്ങൾ:

മരണം രേഖപ്പെടുത്തിയ പൊലീസ് സ്റ്റേഷൻ _____

എഫ്ഐആർ തീയതി □□/□□/□□□□

എഫ്ഐആർ നം. _____

പോസ്റ്റ്മോർട്ടം ചെയ്ത തീയതി □□/□□/□□□□

പോസ്റ്റ്മോർട്ടം നം. _____

അപകടം നടന്ന തീയതി □□/□□/□□□□; അപകടം നടന്ന സമയം □□:□□ (a.m.□ / p.m.□)

അപകട സ്ഥലം _____

അപകടം എങ്ങനെയാണ് ഉണ്ടായത് എന്നതിന്റെ ലഘു വിവരണം (പ്രത്യേകം ഷീറ്റ് അറ്റാച്ചുചെയ്യുക)

F. മരണപ്പെട്ടയാൾക്ക് ഉണ്ടായിരുന്ന മറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ്, മെഡിക്കലിം പോളിസിക്ളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

ക്ര. നം.	പോളിസി നം.	കമ്പനിയുടെ പേര്	പോളിസി തീയതി	അടിസ്ഥാന സം അച്ചേഡ് (Rs.)	ഡൈർ ആനുകൂല്യ തുക (Rs.)	ക്ലെയിം സ്റ്റാറ്റസ്



CLS000101

G. സത്യവാങ്മൂലവും അധികാരപത്രവും:

ഇവിടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്നും ക്ലെയിം തീർപ്പാക്കാൻ നടത്തുന്നത് നയ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും അനുസൃതമായിട്ടായിരിക്കുമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് എടുത്ത വ്യക്തിയുടെ എച്ച്എഫി / എയ്ഡ്സ് ഉൾപ്പെടെയുള്ള മാനസികവും ശാരീരികവുമായ ചികിത്സാ വിവരങ്ങൾ (പഴയതും നിലവിലുള്ളതും) കാനറ എച്ച്എസ്ബിസി ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡ് ("കമ്പനി" അല്ലെങ്കിൽ/കൂടാതെ ഇതിന്റെ ഏജന്റുമാർ, അധികാരപ്പെട്ട പ്രതിനിധികൾ എന്നിവരോട് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിന്/പങ്കുവെക്കുന്നതിന് മെഡിക്കൽ സ്ഥാപനങ്ങൾ (മെഡിക്കൽ ലാബുകൾ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു), സർക്കാർ സ്ഥാപനങ്ങൾ/ഏജൻസികൾ (പോലീസ് അധികാരികൾ, വരമാന വകുപ്പ് മുതലായവ) എന്നിവയെ ഞാൻ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ക്ലെയിം തീർപ്പാക്കുന്നതിനും മറ്റുമായി എന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട സമ്മതം വാങ്ങാതെ തന്നെ എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി ഏതെങ്കിലും റിഇൻഷുറർ, ഇൻഷുറൻസ് അസോസിയേഷൻ, മെഡിക്കൽ അതോറിറ്റികൾ, മറ്റ് ഇൻഷുറർമാർ, സ്റ്റാറ്റൂട്ടറി അതോറിറ്റികൾ, തൊഴിലുടമ, കോടതി, ഗവൺമെൻ്റ് സ്ഥാപനങ്ങൾ, റെഗുലേറ്റർ, ഒരു അന്വേഷണ ഏജൻസി അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സേവന ദാതാക്കൾ എന്നിവരുമായി എന്റെ സാമ്പത്തിക വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കുവെക്കുന്നതിനും അവരിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ നേടുന്നതിനും ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ സത്യവാങ്മൂലത്തിന്റെ പകർപ്പിന് സാധുതയുള്ളതായി കണക്കാക്കും.

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ/നോമിനിയുടെ ഒപ്പ്/ഇടത് കൈയ്യുടെ വിരൽ അടയാളം

സാക്ഷിയുടെ പേരും ഒപ്പും

പേര് _____

പേര് _____

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം _____

മൊബൈൽ നമ്പർ _____

വിലാസം _____

വിലാസം _____

തീയതി □□ / □□ / □□ □□

തീയതി □□ / □□ / □□ □□

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തി(കൾ) നിരക്ഷരനാണെങ്കിൽ ആവശ്യമുള്ള സത്യവാങ്മൂലം കമ്പനിയുമായി ബന്ധമില്ലാത്ത, എളുപ്പത്തിൽ തിരിച്ചറിയാനാകുന്ന ഒരു വ്യക്തിയായിരിക്കണം ഇത് നൽകേണ്ടത്:

"ഈ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ _____ ഭാഷയിൽ വിവരിച്ചു എന്നും ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തി അത് പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കിക്കൊണ്ടാണ് അയാളുടെ/അവളുടെ വിരലടയാളം ഈ ഫോമിൽ പതിപ്പിച്ചതെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നു" താഴെയുള്ള ലിസ്റ്റിൽ നിന്നുള്ള തൊഴിൽ വിവരങ്ങൾ _____

(ഈ ഫോമിൽ ഇനിപ്പറയുന്നവയിൽ ആരെങ്കിലും ഒരാൾ സാക്ഷിയാകണം: (1) കമ്പനിയുടെ ഒരു ഏജന്റ്, (2) കമ്പനിയുടെ ഒരു റിലേഷൻഷിപ്പ് മാനേജർ, (3) വിതരണം ചെയ്യുന്ന ബാങ്കിന്റെ ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ, (4) ഒരു ദേശസാൽകൃത ബാങ്കിന്റെ റബ്ബർ സ്റ്റാമ്പുള്ള ബാങ്ക് മാനേജർ, (5) ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ, (6) ഒരു ഗവൺമെൻ്റ് സ്കൂളിന്റെ ഹെഡ് മാസ്റ്റർ/പ്രിൻസിപ്പൽ, (7) ഒരു മജിസ്ട്രേറ്റ് (8) കമ്പനിയിലെ ഏതെങ്കിലും ജീവനക്കാരൻ.)



CL5000101

ഈ ഫോമിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ:

മരണാനന്തര ആനുകൂല്യം ലഭിക്കാത്ത പ്ലാനുകൾ/പെയ്ഡ്-അപ്പ് പോളിസിുകൾ/ തനത് പെൻഷൻ പ്ലാനുകൾ എന്നിവയ്ക്കായി	
1. യഥാർത്ഥ പോളിസി ബോണ്ട്	
2. നഗരസഭാ അധികൃതർ ഇഷ്യൂ ചെയ്ത യഥാർത്ഥ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	
3. ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഫോട്ടോ ഐഡിയും വിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖയും (അറ്റസ്റ്റ് ചെയ്തതായിരിക്കണം)	
4. ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക്/റദ്ദാക്കിയ ചെക്കിന്റെ പകർപ്പ്	
മറ്റ് പ്ലാനുകൾക്കുള്ള അധിക ആവശ്യകതകൾ	
5. ഫിസിഷ്യന്റെ പ്രസ്താവന	
6. ആശുപത്രി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	
7. ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും ഡോക്ടർമാരിൽ നിന്നുമുള്ള കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തെ ചികിത്സാ രേഖകൾ (ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹം, അഡ്മിഷൻ കുറിപ്പുകൾ, പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടുകൾ, മെഡിക്കൽ മരണകുറിപ്പുകൾ മുതലായവ)	
8. പോസ്റ്റ്മോർട്ടം (നടത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)	
9. കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തെ അവധി റെക്കോർഡുകൾ സഹിതമുള്ള തൊഴിൽദാതാവിന്റെ സാക്ഷ്യപത്രം	
അന്യാഭാവിക കാരണങ്ങളാലാണ് (അപകട മരണം, ആത്മഹത്യ, കൊലപാതകം, ആകസ്മിക/ദുരൂഹ മരണം മുതലായവ) മരണപ്പെടുന്നതെങ്കിൽ ഉള്ള അധിക ആവശ്യകതകൾ	
10. പ്രഥമ വിവര റിപ്പോർട്ട് (എഫ്ഐആർ)	
11. പഞ്ചനാമ, പൊലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ട്, പൊലീസ് അന്തിമ റിപ്പോർട്ട്	
12. പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട്, ടോക്സിക്ക്കോളജി/ആന്തരാവയവ റിപ്പോർട്ട്, ലഭ്യമെങ്കിൽ	
13. പത്രത്തിൽ നിന്നുള്ള വാർത്താക്കുറിപ്പ് ലഭ്യമാണെങ്കിൽ അത്	
14. വൈകല്യം സംഭവിച്ച വ്യക്തിയ്ക്ക് അപകടം സംഭവിക്കുമ്പോൾ വാഹനമോടിക്കുകയായിരുന്നെങ്കിൽ, ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസിന്റെ പകർപ്പ് (അപകടത്തെത്തുടർന്നുള്ള വൈകല്യത്തിനായി ക്ലെയിം ചെയ്യുമ്പോൾ മാത്രം ആവശ്യം)	

*അധിക രേഖകൾ ആവശ്യമാണെങ്കിൽ അവ ആവശ്യപ്പെടാൻ കമ്പനിക്ക് അധികാരമുണ്ട്.

കാനറ എച്ച്എസ്ബിസി ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (IRDA Regn. No. 136)

രണ്ടാം നില, ഓർക്കിഡ് ബിസിനസ്സ് പാർക്ക്, സെക്ടർ-48, സോഹ റോഡ്, ഗുരുഗ്രാം -122018, ഹരിയാന, ഇന്ത്യ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 208, രണ്ടാം നില, കാഞ്ചൻജംഗ ബിൽഡിംഗ്, 18, ബരാബംബ റോഡ്, ന്യൂ ഡൽഹി - 110001, ഇന്ത്യ കോർപ്പറേറ്റ് ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ നം. - U66010DL2007PLC248825, കോൺടാക്റ്റ് ചെയ്യേണ്ട നമ്പർ 1800-180-0003, 1800-103-0003 (ടെലി)/ +91 01244535099 (ഫാക്സ്)/ ഇമെയിൽ : customerservice@canarahsbclife.in, വെബ്സൈറ്റ്: www.canarahsbclife.com