

**Death Claim Form/Credit Life (Form- CGL)/ मृत्यूच्या दाव्याचे प्रपत्र – क्रेडिट लाइफ**

<p>Important Information/ महत्त्वाची माहिती:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies पॉलिसीच्या पैशांसाठी कायदेशीर पात्र असलेल्या व्यक्तीने भरण्यासाठी</li> <li>Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim या प्रपत्राचे सबमिशन दाव्याचा स्वीकार केल्याच्या रुपात समजले जाऊ नये</li> <li>Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below कृपया हे प्रपत्र आणि आवश्यकता जवळच्या शाखेत किंवा खाली दर्शविलेल्या पत्त्यावर सबमिट करा</li> </ol>
---

**A. Details of the Claimant / दावेकऱ्याचे तपशील**

Name of Master Policy Holder प्रमुख पॉलिसी धारकाचे नाव:	Relationship to member insured जीवनविमा उतरविलेल्या सदस्याशी नातेसंबंध:
Name of Nominee नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव:	Name of Appointee नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव:
Date of birth & age of nominee नामनिर्देशित व्यक्तीची जन्मतारीख आणि वय:	Date of birth & age of appointee नियुक्त केलेल्या व्यक्तीचे नाव:
Relationship to member insured जीवनविमा उतरविलेल्या सदस्याशी नातेसंबंध	Relationship with nominee नामनिर्देशित व्यक्तीशी नातेसंबंध
Nationality: राष्ट्रीयत्व	
Country of Residence: निवास असलेला देश	
Mailing Address: इमेल करण्याचा पत्ता	

**B. Details of the Deceased / मृत व्यक्तीचे तपशील**

Insured member's Full Name जीवनविमा उतरविलेल्या सदस्याचे पूर्ण नाव:	Date of birth & age जन्मतारीख आणि वय
Gender / लिंग: Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> / Female /स्त्री <input type="checkbox"/>	Single life member <input type="checkbox"/> / एकल आजीवन सदस्य <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joint life member <input type="checkbox"/> / संयुक्त आजीवन सदस्य <input type="checkbox"/>
Last residential address/ मागील निवास पत्ता:	Occupation/ व्यवसाय:
Employer's name & address नियोक्त्याचे नाव आणि पत्ता:	Loan Account No./ कर्ज खाते क्र. Date of enrollment:/ नोंदणीची तारीख

**C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY) / दावेकऱ्याचे बँक तपशील (अनिवार्य)**

Bank Account No/ बँक खाते क्रमांक: _____ Type of Account/ खात्याचा प्रकार: <input type="checkbox"/> Saving/ बचत <input type="checkbox"/> Current/ चालू <input type="checkbox"/> NRE <input type="checkbox"/> Other/ इतर (In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only)(NRI दावेकऱ्याच्या बाबतीत, कृपया केवळ NRO खाते क्रमांक प्रदान करा) IFS code/ IFS कोड _____ Bank Name and Address/ बँकेचे नाव आणि पत्ता _____ <b>Note – Kindly attach a copy of bank passbook/ or a cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY)</b> टीप- कृपया बँक पासबुक ची प्रत किंवा रद्द झालेल्या खाते क्रमांक असलेल्या धनादेशाची आणि दावेकऱ्याच्या नावाची प्रत संलग्न करा (अनिवार्य)
---

**D. Details about claim Particulars of the Claim/ दाव्यासाठी दाव्याच्या विवरणाबद्दल तपशील**

Date of death: / मृत्यूची तारीख:	Time of death: (a.m. / p.m.) / मृत्यूची वेळ:
Place of Death: / मृत्यूचे ठिकाण:	Immediate cause of death: / मृत्यूचे तत्काळ कारण:
Duration of last illness: / मागील आजाराचा कालावधी:	
When the deceased life did assured first complaint of symptoms? जीवनविमा उतरविलेल्या मृत व्यक्तीची आजारपणाशी संबंधित लक्षणांची तक्रार सर्वप्रथम कधी केली होती?	
Nature of illness then complained: / तक्रार केलेल्या आजाराचे स्वरूप:	
Place of treatment/ उपचाराचे ठिकाण:	

Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness:/ मागील आजारात ज्यांचा सल्ला घेतला त्या डॉक्टर/रांचे नाव, पत्ता आणि संपर्क क्रमांक:		
If death is due to accident / अपघाती मृत्यू असल्यास:) अपघाताची तारीख:: a) Date of Accident/ दुर्घटना की दिनांक: _____ b) Time of Accident/ अपघाताची वेळ: _____ (a.m/ p. m) c) Place of Accident: / अपघाताचे ठिकाण _____		
If F.I.R done: / एफ.आय.आर नोंदविला असल्यास: a) Date of F.I.R: / एफ.आय.आर तारीख _____ b) F.I.R. number: / एफ.आय.आर.नंबर _____ c) Name of Police Station where/ पोलीस ठाण्याचे नाव. _____		
If Post Mortem conducted: / शवविच्छेदन केले असल्यास : a) Post Mortem Number/ शवविच्छेदन क्रमांक _____ b) Date of Post Mortem: / शवविच्छेदन केल्याची तारीख: _____		
Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them मृत्यू झालेल्या व्यक्तीवर गेल्या तीन वर्षांमध्ये उपचार केलेल्या डॉक्टरांचे नाव आणि पत्ते आणि त्यांनी बरे केलेले आजार:		
<b>Date of Consultation/ सल्ला घेण्याची</b>	<b>Name &amp; Address of Doctor/ डॉक्टरांचे नाव आणि पत्ता</b>	<b>Reasons for Consultation/ सल्ला घेण्याची कारणे</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.

#### प्रतिज्ञापत्र आणि अखत्यारी:

मी/आम्ही येथे घोषित करतो की यामध्ये केलेले विधान हे प्रत्येक बाबतीत सत्य आहे आणि हे प्रपत्र पुरविणे किंवा त्यासह असलेल्या इतर पुरवण्या किंवा कंपनीद्वारे चौकशीच्या कोणत्याही क्रिया प्रश्नामधील जीवनावर किंवा कोणताही हक्क किंवा संरक्षणांच्या त्यागावर हमी प्रभावी असल्याची कंपनीद्वारे स्वीकृती देत नाही. कोणताही आतापुरता प्रभावी असलेला कायदा, वापर, प्रथा किंवा धारणा विमा उतरविलेल्या व्यक्तीच्या उपचार/तपासणी दरम्यान मिळविलेली गोपनीय माहिती प्रदान करण्यास प्रतिबंधित करत असली तरीही, मी/आम्ही चिकित्साकास किंवा रूग्णालयास किंवा पोलीस अधिकाऱ्यास किंवा शासकीय घटक किंवा नियोक्ता किंवा इतर कोणत्याही संस्था/व्यक्तीस कॅनरा एचएसबीसी ओरिएन्टल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, किंवा कार्य करणाऱ्या तिच्या कार्यालयांना किंवा कायदेशीर सल्लागारांना किंवा न्यायालयास किंवा कोणत्याही तपासणी करणाऱ्या घटकास तिच्या वतीने मृत व्यक्तीचे आरोग्य, नोकरी, वित्तीय स्थिती किंवा इन्शुरन्स, सल्ला, मृत व्यक्तीस दिलेला उपचार किंवा मृत व्यक्तीचा कायदाविरुद्ध असलेल्या कोणत्याही क्रियाकलापामधील सहभाग, मृत व्यक्तीच्या आरोग्यासंबंधी मानसिक आजार, औषधांचा वापर, अल्कोहोलचा वापर, HIV(AIDS व्हायरस) आणि/किंवा लैंगिक संसर्ग होणारे विकार यांच्या माहितीच्या समावेशास आवश्यक असू शकणारी कोणतीही माहिती प्रदान करण्यास अधिकृत करतो. या अखत्यारीची फोटोकॉपी मूळ प्रतीप्रमाणेच प्रभावी आणि वैध असल्याचे विचारात घेतले जाईल. मी इन्शुररला देखील माझ्या वर उलेलख केलेल्या बँक खात्यात पैशांचे थेट / इलेक्ट्रॉनिक स्थानांतरण करण्यास अधिकृत करतो. आपल्या बँक खात्यात जमा न करण्याच्या प्रकरणात त्यासंबंधी कोणतेही कारण देता/न देता किंवा अपूर्ण/चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहार प्रलंबित झाल्यास किंवा प्रभावी न झाल्यास कॅनरा एचएसबीसी ओरिएन्टल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड ला जबाबदार धरले जाणार नाही. तसेच, कॅनरा एचएसबीसी ओरिएन्टल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड थेट डेबिट करणे शक्य नसल्यास कोणत्याही मोठ्या रकमेचे देय देण्याचा डीमांड ड्राफ्ट/ सममूल्याचा धनादेश यासह वैकल्पिक पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते. जमा करणे हे पूर्णपणे दावेकऱ्याद्वारे प्रदान केलेल्या दावेकऱ्याच्या खाते क्रमांकावर आधारित प्रभावी असेल आणि त्याच्या नावाचा तपशील वापरला जाणार नाही.

मी कंपनीला वळोवेली माझ्या प्रस्ताव/पॉलिसी संबंधित अद्यतने/माहिती मी येथे आणि वर प्रदान केलेल्या माझ्या संपर्क क्रमांकांवर आणि ई-मेल ID वर किंवा कंपनीला भविष्यात प्रदान करू शकतो त्या इतर कोणत्याही क्रमांकांवर/ई-मेल ID वर फोन कॉल/मजकूर संदेश किंवा ई-मेलने पाठविण्यास प्रमाणित करतो.

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

प्रमुख पॉलिसीधारक/दावेकऱ्याची अधिकृत स्वाक्षरी

Name / नाव \_\_\_\_\_

Company Seal/ कंपनीची मुद्रा \_\_\_\_\_

Address/ पत्ता \_\_\_\_\_

Date/ दिनांक \_\_\_\_\_

Signature of Witness(Mandatory)

साक्षीदाराचे नाव आणि स्वाक्षरी (अनिवार्य)

Name/ नाव \_\_\_\_\_

Address/ पत्ता \_\_\_\_\_

Date / तारीख \_\_\_\_\_

Employment details from the list below

खालील यादीतील समूपदेशनाचे तपशील \_\_\_\_\_

(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.)

या प्रपत्रासाठी खालीलपैकी कोणाचीही साक्ष असणे आवश्यक आहे: (1) राजपत्रित अधिकारी, (2) कंपनीचा नातेसंबंध व्यवस्थापक, (3) भागीदार बँकेचा बँक व्यवस्थापक (4) रबर स्टॅम्पसह राष्ट्रीयकृत बँकेचा बँक व्यवस्थापक (5) राजपत्रित अधिकारी (6) शासकीय विद्यालयाचे मुख्याध्यापक / प्राचार्य, (8) दंडाधिकारी.

**Requirements to be submitted along with this form\*:**

**या प्रपत्रासोबत सबमिट करण्यासाठीच्या आवश्यकता\*:**

1. Original Certificate of Insurance/ विम्याचे मूळ प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ नगरपालिका अधिकार्यांद्वारे दिलेले मृत्यूचे प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/ थकित कर्जाचे विवरण	
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / स्वयं साक्षांकित बँक पासबुक/ रद्द केलेल्या धनादेशाची प्रत	<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)/ योग्यरितीने पूर्ण केलेले आणि स्वाक्षरी केलेले कंपनी विशिष्ट दाव्याचे स्वरूप – दावेकर्यांचे विधान, चिकित्सकाचे विधान, उपचार करणार्या रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र आणि रुग्णालयाच्या नोंदी (हॉस्पिटलमधून सुट्टी दिल्याचा सारांश, भरतीच्या टिपा, तपासणी अहवाल, वैद्यकीय निर्देशपत्र इ)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member/ विमा उतरविलेल्या सदस्याच्या प्रमाणित वयाचा पुरावा	<input type="checkbox"/>
7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)/ दावेकऱ्याचा फोटो ID आणि पत्त्याचा पुरावा (योग्यरितीने साक्षांकित)	
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)/ शवविच्छेदन/ रासायनिक व्हिसेरा अहवाल (केले असल्यास)	<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/ पोलिस अहवाल (प्रथम दर्शनी माहिती अहवाल, पंचनामा, पोलिस अन्वेषण अहवाल आणि पोलिसांचा अंतिम अहवाल) फक्त अनैसर्गिक किंवा अपघाती मृत्यूच्या बाबतीतच	<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)/ अपघाताच्या वेळी जीवन विमा उतरविलेली व्यक्ती वाहन चालवित असल्यास वाहन चालविण्याच्या परवान्याची प्रत (केवळ अपघाती मृत्यूच्या दाव्यांच्या बाबतीत आणि पॉलिसीमध्ये अतिरिक्त अपघाती पुस्ती असल्यास)	<input type="checkbox"/>

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

\* हा फॉर्म आमच्या कंपनीच्या कोणत्याही कार्यालयांमध्ये प्राप्त झाल्यावर विनंत्यांवर प्रक्रिया करण्यास आरंभ होईल.

\* Company reserves the right to call for any additional requirements/\* कंपनी कोणत्याही अतिरिक्त आवश्यकतांसाठी कॉल करण्याचा अधिकार राखीव ठेवते (Please tick ✓ against the document provided along with this form) / (कृपया या प्रपत्रासोबत प्रदान केलेल्या दस्तऐवजावर टिक ✓ करा)

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

**घोषणापत्र, हे प्रपत्र देशी भाषेत स्वाक्षरीकृत केले असल्यास/अंगठ्याचा ठसा दिला असल्यास:**

मी , \_\_\_\_\_ यांचा मुलगा / मुलगी, \_\_\_\_\_ येथे रहात असून मी कायद्याने सजान आहे, मी याअन्वये घोषित करतो की या प्रपत्राची सामग्री मला \_\_\_\_\_ भाषेत योग्यरित्या स्पष्ट करून सांगितली आहे आणि माझ्याकडून समजावून घेण्यात आली आहे.

(ग्राहकाची स्वाक्षरी) \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_ संपर्क क्र. \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer:/ सूचना आणि अस्वीकरण:**

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.  
कृपया तपशील केवळ हिंदी/इंग्रजीत भरा.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.  
सामग्रीचा अर्थ लावण्यात कोणत्याही असहमतीच्या बाबतीत, इंग्रजी आवृत्तीस प्राधान्य दिले जाईल.

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