



CL\$000101

मृत्यू दावा फॉर्म (फॉर्म-C)

महत्त्वाची माहिती:

- 1) दावा हिशेबपूर्ती प्रक्रियेला कुणालाही कोणत्याही पेमेंट शुल्काची आवश्यकता नाही. एखाद्याने त्याची मागणी केल्यास, दावेदाराने कंपनीला टोल फ्री क्रमांक 1800-180-0003, 1800-103-0003 वर कळवायला हवे
- 2) पॉलीसी पैशांवर कायदेशीररित्या हक्क असलेल्या व्यक्तीने भरण्यासाठी
- 3) या फॉर्म सबमिट करण्याला दावा स्वीकारला असे समजू नये
- 4) कृपया हा फॉर्म सबमिट करा आणि आवश्यकतांची जवळच्या शाखा/हब किंवा खाली दाखवलेल्या पत्त्यावर जाऊन पूर्तता करा

पॉलीसी क्र.: _____ दावा केलेली रक्कम: _____

A. मयत व्यक्तीचे तपशील:

नाव _____ मृत्यूच्या वेळी वय वर्ष

निवासी पत्ता: _____

व्यवसाय _____ वार्षिक उत्पन्न (वार्षिक) _____ आयएनआर

कर्मचार्याचे नाव (पगारावर असल्यास) _____ पत्ता _____

_____ संपर्क क्र. _____

मयत व्यक्ती शेवटी त्याच्या/तिच्या नेहमीच्या कामावर उपस्थिती असल्याची तारीख / /

B. दावेदाराचे तपशील (एकाहून अधिक दावेदाराच्या प्रकरणात, कृपया अतिरिक्त पत्रक संलग्न करा):

नाव _____ जीवन विमेदाराशी संबंध _____

जन्मतारीख / / मेलिंग अ‍ॅड्रेस _____

_____ टेलिफोन _____ मोबाईल _____

ईमेल आयडी _____

पॅन क्रमांक/फॉर्म 60 _____

स्वयं-प्रमाणित फोटो आयडी प्रूफची प्रत कृपया सोबत जोडा (जे काही सबमिट केले आहे त्यावर कृपया खूप करा)

पासपोर्ट ड्रायव्हिंग परवाना व्होटर आयडी कार्ड

कंपनी आयडी कार्ड अन्य, कृपया निर्दिष्ट करा _____

C. दावेदाराचे बँक तपशील (अनिवार्य):

बँक खाते क्र. _____ खात्याचा प्रकार: बचत चालू

एनआरई एनआरओ

(एनआरई दावेदाराच्या प्रकरणात, कृपया फक्त एनआरओ खाते क्रमांक प्रदान करा)

आयएफएस कोड _____

बँकेचे नाव व पत्ता _____

टिप- रद्द केलेल्या चेकची प्रत खाते क्रमांक व त्यावर छापलेल्या खातेधारकाच्या नावासह किंवा स्व-प्रमाणित बँक खाते स्टेटमेंट/बँक पासबुकची प्रत संलग्न करा.



CL\$000101

D. दाव्याची वैशिष्ट्ये:

मृत्यूची तारीख: □□/□□/□□□□ मृत्यूची वेळ: □□:□□ (a.m.□/p.m.□) मृत्यूचे ठिकाण: _____

मृत्यूचे कारण: _____

शेवटच्या आजाराचा कालावधी. जीवन विमेदाराच्या मृत्यूच्या परिस्थितीचा तपशील (कृपया एक वेगळे पत्रक जोडा)

अंत्यदर्शन/दफन केल्याची तारीख □□/□□/□□□□ अंत्यदर्शन/दफन केल्याचे ठिकाण _____

मृत्यू परदेशात झाला असल्यास, कृपया पुढील तपशीलांसह स्वतंत्र पत्रक संलग्न करा: पासपोर्टचे तपशील (क्रमांक, जारी केल्याची तारीख); मयत विमाधारकाची अंतिम तारीख भारत सोडून जाण्याची तारीख; लागू असल्यास, मृतदेह भारतात केव्हा आणि कसा परत पाठविला गेला याचा तपशील.

जीवन विमाधारकाने बरे वाटत नसल्याची पहिल्यांदा तक्रार कधी केली? _____

जीवन विमाधारकाने याकरिता उपचार कधी घेतले? _____

शेवटच्या आजारपणाच्या वेळी सल्ला घेतलेल्या डॉक्टरचे नाव आणि पत्ता व मृत्यू घोषित केलेला डॉक्टर _____

डॉक्टरांचा संपर्क क्र. _____

मागील 5 वर्षांमध्ये कोणत्याही प्रकारे रुग्णालयात दाखल/आजारपण होय नाही

तपशील _____

E. अपघात दाव्याचे तपशील:

मृत्यूचा रेकॉर्ड केलेल्या पोलिस स्टेशनचे नाव _____

एफआयआरची तारीख □□/□□/□□□□

एफआयआर क्र. _____

पोस्टमॉर्टमची तारीख □□/□□/□□□□

पोस्टमॉर्टम क्र. _____

अपघाताची तारीख □□/□□/□□□□; अपघाताची वेळ □□:□□ (a.m.□/p.m.□)

अपघाताचे ठिकाण _____

वास्तविक अपघात कसा झाला याचे संक्षिप्त वर्णन (कृपया स्वतंत्र पत्रक संलग्न करा)

F. मयत व्यक्तीच्या जीवनाचे अन्य जीवन विमा आणि मेडिकलेम पॉलीसीचे तपशील:

अनु.क्र.	पॉलीसी क्र.	कंपनीचे नाव	पॉलीसीची तारीख	मूळ विमा रक्कम (Rs.)	रायडर फायदा रक्कम (Rs.)	दाव्याची स्थिती



CLIS000101

G. घोषणा आणि अधिकृतता:

मी/आम्ही याद्वारे असे घोषित करतो की यापूर्वी प्रदान केलेली माहिती प्रत्येक बाबतीत आणि प्रत्येक बाबतीत खरी आहे व दाव्यांचे निराकरण धोरणातील अटी व शर्तीनुसार काटेकोरपणे असेल. मी सर्व वैद्यकीय आस्थापने (वैद्यकीय प्रयोगशाळेसहित), सरकारी संस्था/एजंसी (पोलिस अधिकारी, महसूल इ.) एचआयव्ही/एड्स आणि इतरांसह मानसिक आणि शारिरीक उपचारांची माहिती (भूतकाळातील आणि सध्याची) प्रकट/सामायिक करण्यासाठी मी कॅनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड ("कंपनी") आणि / किंवा त्याचे एजंट आणि अधिकृत प्रतिनिधींकडे अटळपणे रद्द न करता येण्याजोग्या जीवन विमा उतरवण्यासाठी अधिकृत करतो/करते. मी कंपनीला सामायिक आणि प्राप्त करण्यासाठी अधिकृत करतो की माझ्या/आमच्या वतीने कोणत्याही पुनर्विमेदार, विमा संघटना, वैद्यकीय अधिकारी, इतर विमाधारक, वैधानिक अधिकारी, नियोक्ता, न्यायालय, सरकारी संस्था, नियामक, चौकशी एजन्सी किंवा क्लेम सेटलमेंटसाठी अन्य सेवा प्रदात्यांसह वित्तीय तपशीलांसह माहिती वगैरे अशा सामायिकरणासाठी माझी विशिष्ट संमती न घेता आणि त्यासाठी मी माझी संमती त्याद्वारे पुरवतो. या घोषणेची छायाचित्र प्रत वैध आणि प्रभावी मानली जाईल.

दावेदारांचा/नामनिर्देशित व्यक्तीची सही/डाव्या अंगठ्याचा ठसा

साक्षीदाराचे नाव व सही

नाव _____

नाव _____

दावेदारांशी नाते _____

मोबाईल क्रमांक _____

पत्ता _____

पत्ता _____

तारीख / /

तारीख / /

निरक्षर दावेदाराच्या केसमध्ये घोषणा अशा व्यक्तीने करायला हवी, जी कंपनीशी संबंधित नसावी आणि ज्याची ओळख सहजतेने प्रस्थापित करता यावी:

"मी येथे घोषित करतो/करते की या फॉर्ममधील माहिती मला समजत असलेल्या _____

भाषेत स्पष्ट करण्यात आली आणि त्याने/तिने त्यातील माहिती पूर्णपणे समजल्यावर त्याचा/तिचा अंगठ्याचा ठसा लावला"

खालील यादीतून कर्मचारी तपशील _____

(हा फॉर्म पुढीलपैकी कोणत्याही एकाच्या साक्षीने असणे आवश्यक आहे: (1) कंपनीचा एजंट, (2) कंपनीचा रिलेशनशिप मॅनेजर, (3) वितरक बँकेचा शाखा व्यवस्थापक, (4) बँकेचा व्यवस्थापक रबर स्टॅम्प असलेली राष्ट्रीयकृत बँक, (5) राजपत्रित अधिकारी, (6) मुख्याध्यापक/सरकारचे प्राचार्य शाळा, (7) दंडाधिकारी (8) कंपनीचा कोणताही कर्मचारी.)



CL\$000101

या फॉर्मसोबत सबमिट करण्याच्या आवश्यकता*:

रिक्त मृत्यू फायदा योजना/भरलेल्या पॉलीसी/स्वच्छ निवृत्तीवेतन योजना	
1. मूळ पॉलीसी बॉन्ड	
2. म्युनिसिपल ऑथोरिटीने जारी केलेला मूळ मृत्यूचा दाखला	
3. दावेदाराचा फोटो आयडी आणि पत्ता पुरावा (विधिवत साक्षात्कृत)	
4. बँक पासबुक/रद्द केलेल्या चेकची प्रत	
सर्व योजनांच्या अतिरिक्त आवश्यकता	
5. फिजीशियन स्टेटमेंट	
6. हॉस्पिटलचे सर्टिफिकेट	
7. मागील 5 वर्षांपासून रुग्णालये आणि डॉक्टरांकडील वैद्यकीय नोंदी (डिस्चार्ज सारांश, प्रवेश नोट्स, चाचणी अहवाल, वैकीय निर्देशपत्र, इ.)	
8. पोस्टमार्टम (केला असल्यास)	
9. मागील 5 वर्षांसाठी सुद्धीच्या रेकॉर्डसह कर्मचारी प्रमाणपत्र	
अनैसर्गिक कारणांमुळे मृत्यूच्या बाबतीत अतिरिक्त आवश्यकता (जसे की अपघात, आत्महत्या, खून, अचानक/रहस्यमय मृत्यू, इ.)	
10. प्रथम माहिती अहवाल (एफआयआर)	
11. पंचनामा, पोलिस तपासणी अहवाल, पोलिस अंतिम अहवाल	
12. पोस्ट-मॉर्टम अहवाल आणि टॉक्सिकोलॉजी/व्हिसेरा अहवाल, उपलब्ध असल्यास	
13. वृत्तपत्र क्लिपिंग्ज, उपलब्ध असल्यास	
14. जीवन विमाधारक अपघाताच्या वेळी वाहन चालवत असल्यास ड्रायव्हिंग लायसन्सची प्रत (केवळ अपघाती मृत्यूच्या दाव्यांमध्ये)	

*कोणत्याही अतिरिक्त आवश्यकतांसाठी कॉल करण्याचा अधिकार कंपनीकडे आहे

कॅनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (IRDA Regn. No. 136)

ऑर्किड बिझनेस पार्क, दुसरा मजला, सेक्टर , 48, सोहना रोड, गुरुगाव 12208, हरियाणा, भारत नोंदणी कार्यालय: युनिट क्रमांक 208, दुसरा मजला, कांचनजंगा बिल्डिंग, 18 बरखंबा रोड, नवी दिल्ली 11001, भारत, कॉर्पोरेट ओळख क्रमांक - U66010DL2007PLC248825, संपर्क 1800-180-0003, 1800-103-0003 (दूरध्वनी)/ +91 0124 4535099 (फॅक्स)/ईमेल: customerservice@canarahsbclife.in, वेबसाइट: www.canarahsbclife.com