Canara HSBC OBC Life Insurance

Death Claim Form – CSHG
ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମ – ସିଏସଏଚଜି

Important Information/ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା:

1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies./ ସେହି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ ଯିଏ ପଲିସି ଅର୍ଥ ପାଇବାକୁ ଆଇନଗତ ଭାବରେ ହକଦାର ହୋଇଥାନ୍ତି
2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim./ ଏହି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ବିଷୟକୁ ଉକ୍ତ କ୍ଲେମର ସ୍ୱୀକାର ବୋଲି ବିବେଚନା କରାଯିବା ଉଚିତ ନୁହେଁ
3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below./ ଦୟାକରି ନିକଟସ୍ଥ ଶାଖା କିମ୍ବା ନିମ୍ନରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା ଠିକଣାରେ ଏହି ଫର୍ମ୍ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକତାଗୁଡିକ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।

Group Policy No.:/ ଗ୍ରୁପ୍ ପଲିସି ନଂ.____________________ **Certificate Number/ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ନମ୍ବର**____________________

A. Details of the Claimant/ ସବିଶେଷ କ. ଦାବିଦାରଙ୍କ ସୂଚନା

Name of Master Policy Holder:/ ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ନାମ: | Relationship to Insured Member:/ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ:

Name of Nominee:/ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: ____________ Name of Appointee:/ ନିଯୁକ୍ତି ଦାତାଙ୍କ ନାମ:____________

Date of birth of nominee:/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date of birth of appointee:/ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Relationship to member insured:/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ: Relationship with nominee:/ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ:

B. Details of the Deceased/ ମୃତକଙ୍କ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Insured member's Full Name:/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ: Date of birth:/ ଜନ୍ମ ତାରିଖ: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Gender:/ ଲିଙ୍ଗ: Male/ ପୁରୁଷ ☐/ Female/ ମହିଳା ☐

Last residential address:/ ଶେଷ ଆବାସିକ ଠିକଣା: Occupation:/ ବୃତ୍ତି:

Employer's name & address:/ ନିଯୁକ୍ତି ଦାତାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା: Loan Account No.:/ ଲୋନ୍ ଏକାଉଣ୍ଟ ନଂ.:
Date of enrollment:/ ତାଲିକାଭୁକ୍ତ ହେବା ତାରିଖ:

C. Bank Details of the Claimant./ ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ସବିଶେଷ ସୂଚନା

Bank Account No.:/ ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟ ନଂ.: ____________________ Type of Account:/ ଏକାଉଣ୍ଟର ପ୍ରକାର : ☐ Saving/ ସଞ୍ଚୟ ☐ Current/ କରେଣ୍ଟ ☐ NRE/ ଏନଆରଇ ☐ Other/ ଅନ୍ୟ

(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only/(ଏନଆଇର ଦାବିଦାରଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଦୟାକରି ଏନଆରଓ ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର କେବଳ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)

IFS Code: / ଆଇଏଫଏସ୍ କୋଡ୍: ____________________

Bank Name and Address:/ ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା: ____________________

Note - Kindly attach a copy of bank passbook or cancelled cheque bearing account number and claimant name. (MANDATORY)
ଟିପ୍ପଣୀ – ଦୟାପୂର୍ବକ ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ ଧାରଣ କରିଥିବା ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ କିମ୍ବା ବାତିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ର ଏକ କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ) ।

D. Details about claim Particulars of the Claim./ କ୍ଲେମ୍ ସମ୍ବନ୍ଧରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା/କ୍ଲେମର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ

Date of death:/ ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ: Time of death:/ ମୃତ୍ୟୁର ସମୟ: (a.m./ ପୂର୍ବାହ୍ନ ☐ p.m. ଅପରାହ୍ନ ☐) Place of death:/ ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ:

Immediate cause of death:/ ମୃତ୍ୟୁର ତୁରନ୍ତ କାରଣ:____________ Duration of last illness:/ ଶେଷ ଅସୁସ୍ଥତାର ଅବଧି:____________

When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness?
କେତେବେଳେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତି ଅସୁସ୍ଥତା ସମ୍ପର୍କିତ ଲକ୍ଷଣ ବିଷୟରେ ପ୍ରଥମ ଥର ଅଭିଯୋଗ କରିଥିଲେ?

Nature of Illness then complained./ ପରେ ଅଭିଯୋଗ କରାଯାଇଥିବା ଅସୁସ୍ଥତାର ପ୍ରକୃତି: ____________
Place of treatment:/ ଚିକିତ୍ସାର ସ୍ଥାନ:____________

Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness./ ଶେଷ ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ପରାମର୍ଶ କରାଯାଇଥିବା ଡାକ୍ତର/ଗଣଙ୍କର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:

If Accidental Death:/ ଯଦି ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ :a) Date of Accident:/ କ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ: ____________
b) Time of accident:/ ଖ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ସମୟ:____________ (a.m./ ପୂର୍ବାହ୍ନ ☐ p.m. ଅପରାହ୍ନ ☐)
c) Place of accident:/ ଗ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ସ୍ଥାନ:
If F.I.R. done:/ ଯଦି ଏଫଆଇଆର୍ କରାଯାଇଥାଏ: a) Date of F.I.R.:/ କ) ଏଫଆଇଆର୍ କରିବା ତାରିଖ:________ b) F.I.R. Number/ ଖ) ଏଫଆଇଆର୍ ନମ୍ବର୍:________
c) Name of the Police Station: / ଗ) ପୋଲିସ ଷ୍ଟେସନର ନାମ: ____________
If Post Mortem conducted :/ ଯଦି ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ ସମ୍ପନ୍ନ କରାଯାଇଥାଏ: Date of Post Mortem done/ ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ କରାଯାଇଥିବା ତାରିଖ ____________

Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them:
ଗତ ତିନି ବର୍ଷରେ ମୃତକଙ୍କୁ ଚିକିତ୍ସା କରିଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା ଏବଂ ସେମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଆରୋଗ୍ୟ କରାଯାଇଥିବା ରୋଗ:

Date of/ Consultation/ ପରାମର୍ଶ କରିବା ତାରିଖ	Name & Address of Doctor/ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା	Reasons for Consultation/ ପରାମର୍ଶ କରିବାର କାରଣ

Canara HSBC OBC Life Insurance

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 obtaine d 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 provid ed 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./ Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Ltd 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./

ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ:

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଏଠାରେ ଉପରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ବିବରଣୀ ପ୍ରତିଟି ଏବଂ ସମସ୍ତ ଦିଗରୁ ସତ୍ୟ ଅଟେ, ଏବଂ ସେଥିକୁ ଏହି ଫର୍ମ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆନୁଷଙ୍ଗିକ କାଗଜାତ ପ୍ରଦାନ କରିବା କିମ୍ବା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଯେକୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଏକ ଗ୍ରହଣ ରୂପେ ବେବେଚିତ ହେବ ନାହିଁ ଯେ ସଂପୃକ୍ତ ଜୀବନ ଉପରେ ଏକ ବୀମା ରହିଥିଲା କିମ୍ବା କୌଣସି ଅଧିକାର କିମ୍ବା ପ୍ରତିବାଦ ତ୍ୟାଗ କରାଯାଇଥିଲା । ବୀମାଭୁକ୍ତ ଜୀବନର ଅନୁସନ୍ଧାନ/ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଇଥିବା ଗୋପନୀୟ ସୂଚନାକୁ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ନିଷେଧ କରୁଥିବା କୌଣସି ଆଇନର ବ୍ୟବସ୍ଥା, ବ୍ୟବହାର, ପ୍ରଥା କିମ୍ବା ଲୋକାଚାର ସତ୍ତ୍ୱେ, ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା ପୋଲିସ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ କିମ୍ବା ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା ନିଯୁକ୍ତି ଦାତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ/ଅନ୍ୟ କେହି ବ୍ୟକ୍ତି କାନାରା ଏଚଏସବିସି ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, କିମ୍ବା ଏହା ପକ୍ଷରୁ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଥିବା ଏହାର କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ କିମ୍ବା ଆଇନଗତ ପରାମର୍ଶଦାତା କିମ୍ବା ପରାମର୍ଶକାରୀ କିମ୍ବା ଆଇନ ଅଦାଲତ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥାକୁ, ମୃତକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା, ନିଯୁକ୍ତି, ଫାଇନାନ୍ସ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ମୃତକଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ମୃତକ ଜଣକ ଆଇନ ବିରୁଦ୍ଧରେ କୌଣସି କର୍ଯ୍ୟକଳାପରେ ଜଡିତ ହୋଇଥିବା ବିଷୟ ସମ୍ପର୍କରେ ସୂଚନା, କୌଣସି ସୂଚନା ଯାହା ହୁଏତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ସେହି ସୂଚନା ମଧ୍ୟରେ ମାନସିକ ଅସୁସ୍ଥତା, ଡ୍ରଗ୍ସ ବ୍ୟବହାର, ମଦ୍ୟପାନ, ଏଚଆଇଭି (ଏଡ୍ସ ଭାଇରସ୍) ଏବଂ/କିମ୍ବା ଯୌନ ସଞ୍ଚରିତ ରୋଗ ସମ୍ପର୍କିତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛୁ । ଏହି ପ୍ରାଧିକରଣର ଏକ ଫଟୋଷ୍ଟାଟ କପିକୁ ମୂଳ କପି ଭାବେ ପ୍ରଭାବୀ ଏବଂ ବୈଧ ବୋଲି ବିବେଚନା କରାଯିବ । ମୁଁ ମଧ୍ୟ ବୀମାକାରୀଙ୍କୁ ମୋର ଉପରୋକ୍ତ ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟରେ ଟଙ୍କାର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ / ବୈଦ୍ୟୁତିକ ସ୍ଥାନାନ୍ତର ଅର୍ଥାତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଟ୍ରାନ୍ସଫର୍ ପାଇଁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରିଥାଏ । ଆପଣଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟକୁ ଟଙ୍କା କ୍ରେଡିଟ୍ ନହେବାର କାରଣ ଦର୍ଶାଇ /ନଦର୍ଶାଇବା ପାଇଁ କିମ୍ବା ଅସଂପୂର୍ଣ୍ଣ/ଅସଠିକ ସୂଚନା ପାଇଁ ଯଦି କାରବାର ବିଳମ୍ବିତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଆଦୌ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ କାନାରା ଏଚଏସବିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡକୁ ଦାୟୀ କରାଯିବ ନାହିଁ । ଆହୁରି ମଧ୍ୟ, ଯଦି ଡାଇରେକ୍ଟ କ୍ରେଡିଟ୍ କରାଯାଇପାରେ ନାହିଁ, କାନାରା ଏଚଏସବିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଯେକୌଣସି ପେଆଉଟ୍ ଅର୍ଥାତ ବୀମା ଟଙ୍କା ବିତରଣ କରିବା ବିକଳ୍ପ ଯଥା ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଚେକ୍ ଅନୁସାରେ ଦେୟ ବ୍ୟବହାର କରିବାକୁ ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିଥାଏ । ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଉପରେ କେବଳ ଆଧାର କରି କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯିବ ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ ସବିଶେଷ ସେଥିପାଇଁ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ।

____

Signature/left hand thumb impression (If illiterate) of Claimant
ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ହାତ ବୁଢା ଆଙ୍ଗୁଠି ଟିପ ଚିହ୍ନ (ଯଦି ନିରକ୍ଷର)_______________

____

Name: / ନାମ: _______________________________________

Address: / ଠିକଣା: _______________________________________
____

Date: / ତାରିଖ: _______________________________________

____

Signature of Witness(Mandatory)
ସାକ୍ଷୀଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)

Name:/ ନାମ: _______________________________________

Address:/ ଠିକଣା: _______________________________________

____

Date:/ ତାରିଖ: _______________________________________

Employment details from the list below /
ନିମ୍ନ ତାଲିକାରୁ ନିଯୁକ୍ତି ସବିଶେଷ ସୂଚନା

____

(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.)/

(ଏହି ଫର୍ମ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ମଧ୍ୟରୁ ଯେକେହିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଦେଖାଯିବା ଉଚିତ: (1) କମ୍ପାନୀର ଜଣେ ଉଲ୍ଲିଖିତ ବ୍ୟକ୍ତି, (2) କମ୍ପାନୀର ରିଲେସନସିପ୍ ମ୍ୟାନେଜର, (3) ସହଭାଗୀ ବ୍ୟଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ମ୍ୟାନେଜର, (4) ରବର ଷ୍ଟାମ୍ପ ସହିତ ଏକ ଜାତୀୟ ବ୍ୟାଙ୍କର ପରିଚାଳକ, (5) ଜଣେ ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର୍, (6) ଏକ ସରକାରୀ ବିଦ୍ୟାଳୟର ଜଣେ ହେଡମାଷ୍ଟର / ପ୍ରିନସପାଲ, (8) ଜଣେ ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ ।)

Canara HSBC OBC Life Insurance

Requirements to be submitted along with this form*/ ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଦାଖଲ କରାଯିବାକୁ ଥିବା ଦସ୍ତାବିଜ*:

1.	Original Certificate of Insurance./ ବୀମାର ମୂଳ ପ୍ରମାଣପତ୍ର	☐
2.	Death certificate issued by municipal authorities./ ମୁନିସପାଲ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି ହୋଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର	☐
3.	Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)./ ଦାବିଦାରଙ୍କ ଫଟୋ ଆଇଡି ଏବଂ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ଯଥାର୍ଥ ଭାବେ ଆଟେଷ୍ଟେଡ୍ ହୋଇଥିବା ଦରକାର)	
4.	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) ଯଥାର୍ଥ ଭାବେ ପୂରଣ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥିବା କମ୍ପାନୀର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମାଟ୍ – ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଣୀ, ଡାକ୍ତରଙ୍କ ବିବୃତି, ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଏବଂ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ରେକର୍ଡ (ଡିସଚାର୍ଜ ସାରମର୍ମ, ଆଡିମିସନ୍ ନୋଟ୍, ଟେଷ୍ଟ ରିପୋର୍ଟ, ଡାକ୍ତରୀ ପ୍ରେସ୍କ୍ରିପସନ୍ ଇତ୍ୟାଦି)	☐
5.	Age proof and identity of the Insured Member./ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ବୟସ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଏବଂ ପରିଚୟ	☐
6.	Copy of Bank passbook/Cancelled Cheque./ ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍/ବାତିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ର କପି	
7.	Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)./ ପୋଷ୍ଟ-ମର୍ଟମ/ କେମିକାଲ୍ ଭିସେରା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ସମ୍ପାଦିତ ହୋଇଥାଏ)	☐
8.	Police reports (First information report, Panchnama, Police Investigation Report, and Police Final Report) only in case of unnatural or accidental deaths./ ଅସ୍ୱାଭାବିକ କିମ୍ବା ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ କେବଳ ପୋଲିସ ରିପୋର୍ଟ (ପ୍ରାଥମିକ ସୂଚନା ରିପୋର୍ଟ, ପଞ୍ଚନାମା, ପୋଲିସ ତଦନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ ଏବଂ ପୋଲିସ ଚୂଡାନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ)	☐

* Company reserves the right to call for any additional requirements/ * ଯେକୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ଦସ୍ତାବିଜ ମାଗିବାର ଅଧିକାର କମ୍ପାନୀ ନିକଟରେ ରହିଛି

(Please tick √ against the document provided along with this form)/ (ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଫର୍ମ ବିପକ୍ଷରେ ଦୟାକରି ଠିକ୍ √ ଚିହ୍ନ ମାରନ୍ତୁ)

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.** _________________

ଉଦ୍‌ଘୋଷଣା, ଯଦି ଏହି ଫର୍ମ୍ ମାତୃଭାଷା/ଟିପଚିହ୍ନରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ, ___________________________________ ପୁତ୍ର /କନ୍ୟା ____________________________________, ଙ୍କର, ଜଣେ ସାବାଳକ _______________________ ଠାରେ ବାସ କରୁଛି,

ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମର _____________ ଭାଷାରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ତାହା ବୁଝିଛି ।

(ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ) __________________________ ତାରିଖ __________________ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. ______________________

Instruction & Disclaimer/ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଏବଂ ଉଦଘୋଷଣା:

• Kindly fill in the details in Hindi/English only./
ଦୟାକରି କେବଳ ହିନ୍ଦୀ/ଇଂରାଜୀରେ ସବିଶେଷ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।
• In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail./
ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିବାରେ କୌଣସି ଅସହମତି ଘଟଣାରେ, ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣ ବଳବତ୍ତର ରହିବ ।

Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited (IRDAI Regn. No. 136)

2nd Floor, Orchid Business Park, Sector-48, Sohna Road, Gurgaon 122018, Haryana, India Regd Office : C-31 and C-32, First Floor, Connaught Circus, New Delhi - 110 001, Corporate Identification No.- U66010DL2007PLC248825, Contact 1800-180-0003, 1800-103-0003 (Tel)/ +91 0124 4535099 (Fax)/ Email : customerservice@canarahsbclife.in, Website : www.canarahsbclife.com