

Death Claim Form (Credit Life/ (Form- CGL)

ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମ କ୍ରେଡିଟ୍ ଲାଇଫ୍ (ଫର୍ମ - ସିଜିଏଲ୍)

<p>Important Information/ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା:</p> <p>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</p> <p>2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim. ଏହି ଫର୍ମ ଦାଖଲ କରିବା ବିଷୟକୁ ଉକ୍ତ କ୍ଲେମ୍ ଫର୍ମର ସ୍ୱୀକାର ବୋଲି ବିବେଚନା କରାଯିବ ନୁହେଁ</p> <p>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 ଫର୍ମ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକତାଗୁଡ଼ିକ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।</p>
--

A. Details of the Claimant/ ଦାବିଦାରଙ୍କ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ

Name of Master Policy Holder:/ ମାଷ୍ଟର ପଲିସି ଧାରକଙ୍କ ନାମ:	Relationship to member insured:/ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ:
Name of Nominee: ନମୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ:	Name of Appointee : ନିଯୁକ୍ତି ଦେଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ:
Date of birth & age of nominee: ନମୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଜନ୍ମ ତାରିଖ ଏବଂ ବୟସ:	Date of birth & age of appointee: ନିଯୁକ୍ତି ଦାତାଙ୍କ ଜନ୍ମ ତାରିଖ ଏବଂ ବୟସ:
Relationship to member insured: ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ:	Relationship with nominee: ନମୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ:
Nationality: ଜାତୀୟତା:	
Country of Residence: ବାସସ୍ଥାନ ଦେଶ:	
Mailing Address: ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା:	

B. Details of the Deceased/ ମୃତକଙ୍କ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ

Insured member's Full Name: ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ:	Date of birth & age:/ ଜନ୍ମ ତାରିଖ ଏବଂ ବୟସ:
Gender/ଲିଙ୍ଗ: Male/ ପୁରୁଷ <input type="checkbox"/> / Female/ ମହିଳା <input type="checkbox"/>	Single life member:/ ଏକକ ଜୀବନ ସଦସ୍ୟ <input type="checkbox"/> /Joint life member:/ ଯୁଗ୍ମ ଜୀବନ ସଦସ୍ୟ <input type="checkbox"/>
Last residential address:/ ଶେଷ ଆବାସିକ ଠିକଣା:	Occupation:/ ବୃତ୍ତି:
Employer's name & address:/ ନିଯୁକ୍ତ ଦାତାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା:	Loan Account No.:/ ଲୋନ୍ ଏକାଉଣ୍ଟ ନଂ: Date of enrollment:/ ତାଲିକାଭୁକ୍ତ ହେବା ତାରିଖ:

C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY)/ ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ସବିଶେଷ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)

Bank Account No.:/ ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟ ନଂ: _____	Type of Account:/ ଏକାଉଣ୍ଟର ପ୍ରକାର : <input type="checkbox"/> Saving/ ସଞ୍ଚୟ <input type="checkbox"/> Current/ କରେଣ୍ଟ
<input type="checkbox"/> NRE/ ଏନଆରଇ <input type="checkbox"/> Other/ ଅନ୍ୟ	
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only)/ (ଏନଆରଆଇ 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 a cancelled cheque bearing account number and claimant name. (MANDATORY)	
ଟିପ୍ପଣୀ - ଦୟାପୂର୍ବକ ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ ଧାରଣ କରିଥିବା ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକ୍ କିମ୍ବା ବାତିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ର ଏକ କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)	

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

Date of death:/ ମୃତ୍ୟୁ 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/ଗଣକର ନାମ, ଠିକଣା ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର:			

If Accidental Death:/ ଯଦି ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ: a) Date of Accident:/ କ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ: _____
 b) Time of Accident: (a.m. □ p.m. □) / ଗ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ସମୟ: (ପୂର୍ବାହ୍ନ. □ ଅପରାହ୍ନ) _____ c) Place of Accident:/ ଘ) ଦୁର୍ଘଟଣାର ସ୍ଥାନ: _____
 If F.I.R done/ ଯଦି ଏଫଆଇଆର୍ ଦାୟର କରାଯାଇଥାଏ: a) Date of F.I.R.:/ କ) ଏଫଆଇଆର୍ କରିବା ତାରିଖ: _____
 b) F.I.R. Number:/ ଖ) ଏଫଆଇଆର୍ ନମ୍ବର: _____ c) Name of the Police Station:/ ଗ) ପୋଲିସ୍ ଷ୍ଟେସନର ନାମ: _____
 If Post Mortem conducted:/ ଯଦି ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ୍ ସମ୍ପର୍କ କରାଯାଇଥାଏ: a) Post Mortem Number:/ କ) ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ୍ ନମ୍ବର: _____
 b) Date of Post Mortem:/ ଖ) ପୋଷ୍ଟ ମର୍ଟମ୍ 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

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/ I 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/ I 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.

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.

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 ଆନୁଷ୍ଠାନିକ କାରକାତ 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/ ତାତ୍ତ୍ୱରୀ ଚିକିତ୍ସା ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଇଥିବା ରୋଗନାମା ସୂଚନାକୁ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ନିଷେଧ କରୁଥିବା କୌଣସି ଆଇନର ବ୍ୟବସ୍ଥା, ବ୍ୟବହାର, ପ୍ରଥା କିମ୍ବା ଲୋକାଚାର ସତ୍ତ୍ୱେ, ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ତାତ୍ତ୍ୱର କିମ୍ବା ତାତ୍ତ୍ୱରଖାନା କିମ୍ବା ପୋଲିସ୍ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ କିମ୍ବା ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା ନିୟୁକ୍ତି ଦାତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ/ଅନ୍ୟ କେହି ବ୍ୟକ୍ତି କାନାରା ଏତସସବିଧି 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, ନିୟୁକ୍ତି, ଫାଇନାନ୍ସ କିମ୍ବା ବୀମା, ପରାମର୍ଶ, ମୃତକଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ମୃତକ ଜଣକ ଆଇନ ବିରୁଦ୍ଧରେ କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟକଳାପରେ ଜଡ଼ିତ ହୋଇଥିବା ବିଷୟ ସମ୍ପର୍କରେ ସୂଚନା, କୌଣସି ସୂଚନା ଯାହା ହୁଏତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ସେହି ସୂଚନା ମଧ୍ୟରେ ମାନସିକ ଅସୁସ୍ଥତା, ଡ୍ରଗ୍ ବ୍ୟବହାର, ମଦ୍ୟପାନ, ଏତଆଇଭି (ଏଡ୍ ଭାଇରସ୍) । / ଏବଂ/କିମ୍ବା ଯୌନ ସଞ୍ଚିତ ରୋଗ ସମ୍ପର୍କିତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି । 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 ଅର୍ଥାତ୍ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଟ୍ରାନ୍ସଫର ପାଇଁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରିଥାଏ । ଆପଣଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ଏକାଉଣ୍ଟର ଟଙ୍କା କ୍ରେଡିଟ୍ ନହେବାର କାରଣ ଦର୍ଶାଇ /ନବର୍ଣ୍ଣାଇବା ପାଇଁ କିମ୍ବା ଅସଂପୂର୍ଣ୍ଣ/ଅସଠିକ୍ ସୂଚନା ପାଇଁ ଯଦି କାରବାର ବିକଳିତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଆଦୌ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ କାନାରା ଏତସସବିଧି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦାୟୀ କରାଯିବ ନାହିଁ । ଆହୁରି ମଧ୍ୟ, ଯଦି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କ୍ରେଡିଟ୍ ସମ୍ଭବ ନୁହେଁ, କାନାରା ଏତସସବିଧି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଯେକୌଣସି ପେଆଇଡ୍ ଅର୍ଥାତ୍ ବୀମା ଟଙ୍କା ବିତରଣ କରିବା ବିକଳ ହେଉ ଯଥା ତ୍ରିମାସ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଟେକ୍ ଅନୁସାରେ ଦେୟ ବ୍ୟବହାର କରିବାକୁ ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିଥାଏ । ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଉପରେ କେବଳ ଆଧାର କରି କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯିବ ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ସେଥିପାଇଁ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ।

ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ମୋର ପ୍ରସ୍ତାବ/ପଲିସି ସମ୍ପର୍କରେ ସମୟାନୁଯାୟୀ ଫୋନ୍ କଲ୍/ପାଠ୍ୟ ବାର୍ତ୍ତା କିମ୍ବା ଇମେଲ୍ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ଏଠାରେ ଏବଂ ଉପରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ନମ୍ବରଗୁଡ଼ିକୁ/ ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ଯାହା ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ଭବିଷ୍ୟତରେ ପ୍ରଦାନ କରିପାରେ, ଅପଡେଟ୍/ସୂଚନା ପଠାଇବାକୁ ପ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ।

Signature/left hand thumb impression(if illiterate) of claimant
 ଦାବିଦାରଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ହାତ ବୃକ୍ଷାଙ୍କୁଳି ଚିପ ଚିହ୍ନ (ଯଦି ନିରକ୍ଷର)

Name:/ ନାମ: _____

Company Seal:/ କମ୍ପାନୀ ମୋହର: _____

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 ବ୍ୟାଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ମ୍ୟାନେଜର, (4) ରବର ଷ୍ଟାମ୍ପ ସହିତ ଏକ ଜାତୀୟ ବ୍ୟାଙ୍କର ପରିଚାଳକ, (5) ଜଣେ ଗେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର, (6) ଏକ ସରକାରୀ ବିଦ୍ୟାଳୟର ଜଣେ ହେଡମାଷ୍ଟର / ପ୍ରିନ୍ସିପାଲ, (8) ଜଣେ ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ ।)

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

1. Original Certificate of Insurance/ ବୀମାର ମୂଳ ପ୍ରମାଣପତ୍ର	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ ମୁନିସିପାଲ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି ହୋଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/ ବକେୟା ରଶି ବିବରଣୀ	
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସ୍‌ବୁକ୍/ବାତିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ବହିର ସ୍ୱ-ପ୍ରମାଣିତ କପି	<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) ଯଥାର୍ଥ ଭାବେ ପୂରଣ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥିବା କମ୍ପାନୀର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଫର୍ମାଟ୍ – ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଣୀ, ଡାକ୍ତରଙ୍କ ବିବୃତି, ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଖାନାର ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଏବଂ ଚିକିତ୍ସାକରଣ ରେକର୍ଡ (ଡିସଚାର୍ଜ ସାରମର୍ମ, ଆଡମିସନ୍ ନୋଟ୍, ଟେଷ୍ଟ ରିପୋର୍ଟ, ଡାକ୍ତରୀ ପ୍ରେସ୍କ୍ରିପସନ୍ ଇତ୍ୟାଦି)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member./ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ମାନକ ବୟସ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର	<input type="checkbox"/>
7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)./ ଦାବିଦାରଙ୍କର ଫଟୋ ଆଇଡି ଏବଂ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ଯଥାର୍ଥ ଭାବରେ ଆଟେଷ୍ଟେଡ୍ ହେବା ଦରକାର)	
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)./ ପୋଷ୍ଟ-ମର୍ଟମ୍/ କେମିକାଲ୍ ଭିସେରା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ସମ୍ପାଦିତ ହୋଇଥାଏ)	<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. ଅସ୍ୱାଭାବିକ କିମ୍ବା ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ କେବଳ ପୋଲିସ୍ ରିପୋର୍ଟ (ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ସୂଚନା ରିପୋର୍ଟ, ପଞ୍ଚନାମା, ପୋଲିସ୍ ତଦନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ ଏବଂ ପୋଲିସ୍ ଚୂଡ଼ାନ୍ତ ରିପୋର୍ଟ)	<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). ଦୁର୍ଘଟଣା ସମୟରେ ଯଦି ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଗାଡି ଚଳାଉଥିବା ବେଳେ ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସର କପି (କେବଳ ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏବଂ ଯଦି ପଲିସିର ଅତିରିକ୍ତ ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ରାଇଡର୍ ରହିଥାଏ)	<input type="checkbox"/>

* Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.
 * ଏହି ଫର୍ମ ଆମ କମ୍ପାନୀର ଯେକୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟଗୁଡ଼ିକରେ ପ୍ରାପ୍ତି କରାଯିବା ଉପରେ ଅନୁରୋଧପୂର୍ବକ ପ୍ରକ୍ରିୟାକରଣ ଆରମ୍ଭ କରାଯିବ ।
 * Company reserves the right to call for any additional requirements/* ଯେକୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ ମାଗିବାର ଅଧିକାର କମ୍ପାନୀ ନିକଟରେ ରହିଛି
 (Please tick ✓ against the document provided along with this form)/ (ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଫର୍ମ ବିପକ୍ଷରେ ଦସ୍ତାବିଜ 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/ଚିପଚିକ୍କରେ ଦସ୍ତଖତ ହୋଇଥାଏ ତେବେ:

ମୁଁ _____ ପୁତ୍ର /କନ୍ୟା _____, ଜନ୍ମ, ଜଣେ ସାବାଳକ _____ ଠାରେ ବାସ କରୁଛି, ଏତଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମ୍ ର _____ ଭାଷାରେ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ତାହା ବୁଝିଛି ।

(ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ) _____ ତାରିଖ _____ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____

Instruction & Disclaimer/ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଏବଂ ଉଦ୍ଘୋଷଣା:

- 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, 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