



CL\$000101

ମୃତ୍ୟୁ ଦାବି ଫର୍ମ (ଫର୍ମ - C)

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା:

- 1) ଦାବି ସମାଧାନ ପ୍ରକ୍ରିୟା କାହାକୁ କୌଣସି ଦେୟ ଦେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ନାହିଁ । ଯଦି କେହି ଏହା ମାଗନ୍ତି, ତେବେ ଦାବିଦାର ନିଶ୍ଚିତ ଭାବରେ ଟୋଲ୍ ମୁକ୍ତ ନମ୍ବର 1800-180-0003, 1800-103-0003ରେ କମ୍ପାନୀକୁ ଜଣାଇବେ
2) ପଲିସି ରାଶି ପାଇଁ ଆଇନଗତ ଭାବରେ ଦାବିଦାର ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ ହେବା
3) ଏହି ଫର୍ମ ଦାଖଲ ଅର୍ଥ ଦାବିକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ବୁଝାଏ ନାହିଁ
4) ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକତାଗୁଡ଼ିକୁ ନିକଟସ୍ଥ ଶାଖା/ହବ୍ କିମ୍ବା ନିମ୍ନରେ ସୂଚିତ ଠିକଣାରେ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ

ପଲିସି ନଂ (ଗୁଡ଼ିକ): _____ ଦାବି ରାଶି: _____

A. ମୃତ୍ୟୁର ବିବରଣୀ:

ନାମ _____ ମୃତ୍ୟୁ ସମୟର ବୟସ [] [] ବର୍ଷ
ଆବାସିକ ଠିକଣା: _____
ବୃତ୍ତି _____ ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ପି.ଏ.) _____ ଟଙ୍କା
ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କ ନାମ (ଯଦି ଦରମା ପ୍ରାପ୍ତ ଅଟନ୍ତି) _____ ଠିକଣା _____
ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____
କେଉଁ ଦିନ ମୃତ୍ୟୁ ବ୍ୟକ୍ତି ତାଙ୍କର ସାଧାରଣ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଯୋଗ ଦେଇଥିଲେ [] [] / [] [] / [] [] [] []

B. ଦାବିଦାରଙ୍କ ବିବରଣୀ (ଏକରୁ ଅଧିକ ଦାବିଦାରଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଦୟାକରି ଅତିରିକ୍ତ ସିଏ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ):

ନାମ(ଗୁଡ଼ିକ) _____ ଜୀବନବୀମାକାରୀଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ _____
ଜନ୍ମ ତାରିଖ [] [] / [] [] / [] [] [] [] ମେଲିଂ ଠିକଣା _____
_____ ଟେଲିଫୋନ୍ _____ ମୋବାଇଲ୍ _____
ଇ-ମେଲ୍ ଆଇଡି _____
ପ୍ୟାନ୍ ନମ୍ବର / ଫର୍ମ 60 _____
ଦୟାକରି ସେଲୁ-ଆଟେକ୍ସେଡ୍ ଫଟୋ ଆଇଡ୍ ପ୍ରମାଣର ଏକ କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ (ଦୟାକରି ଯାହା ଦାଖଲ ହୋଇଛି ତାହାର ଟିକ୍ ଟିକ୍ ଦିଅନ୍ତୁ)
[] ପାସପୋର୍ଟ [] ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ [] ଭୋଟର ପରିଚୟ ପତ୍ର
[] କମ୍ପାନୀ ଆଇଡି କାର୍ଡ [] ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ _____

C. ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ):

ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର _____ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: [] ସଞ୍ଚୟ [] କରେଣ୍ଟ
[] ଏନଆରଇ [] ଏନଆରଓ
(ଏନଆରଇ ଦାବିଦାର କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଦୟାକରି କେବଳ ଏନଆରଓ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)
ଆଇଏଫଏସ୍ କୋଡ୍ _____
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା _____
ଟିପ୍ପଣୀ- ଦୟାକରି ବାଟିଲ ହୋଇଥିବା ଚେକ୍ ଏକ କପି ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଏବଂ ସେଥିରେ ମୁଦ୍ରିତ ଆକାଉଣ୍ଟ ଧାରକଙ୍କ ନାମ କିମ୍ବା ସେଲୁ-ଆଟେକ୍ସେଡ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ କ୍ଷେତ୍ରମେଖ / ବ୍ୟାଙ୍କ ପାସବୁକର କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।



CL5000101

D. ଦାବିର ବିଶେଷତ୍ୱ :

ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ: / / ମୃତ୍ୟୁର ସମୟ: : (a.m. / p.m.) ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ: _____

ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ: _____

ଜୀବନବୀମାକାରୀଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ ମୃତ୍ୟୁ ସମୟରେ ରୋଗର ଅବଧି (ଦୟାକରି ଏକ ପୃଥକ ସିଟ୍ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

ଶବଦାହ/ସମାଧିର ତାରିଖ / / ଶବଦାହ/ସମାଧିର ସ୍ଥାନ _____

ଯଦି ବିଦେଶରେ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଛି, ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିବରଣୀ ସହିତ ଏକ ପୃଥକ ସିଟ୍ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ: ପାସପୋର୍ଟର ବିବରଣୀ (ନମ୍ବର, ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବାର ତାରିଖ); ମୃତ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଶେଷ ଭାରତ ଛାଡ଼ିବା ତାରିଖ; ଯଦି ପ୍ରମୁଖ୍ୟ ଡେବେ ଶବ୍ଦ କେବେ ଏବଂ କିପରି ଭାରତକୁ ପଠାଗଲା ତାହାର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ.

ମୃତକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେବେ ଭଲ ନାହିଁ ବୋଲି ଅଭିଯୋଗ କରିଥିଲେ? _____

ମୃତକ କେଉଁଠାରୁ ରୋଗ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା କରାଉଥିଲେ _____

ଶେଷ ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତର ଏବଂ ମୃତ୍ୟୁ ଘୋଷଣା କରିଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା _____ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ. _____

ଗତ 5 ବର୍ଷରେ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଅସୁସ୍ଥତା / ଚିକିତ୍ସା ହିଁ ନା

ବିବରଣୀ _____

E. ଦୁର୍ଘଟଣା ଦାବିର ବିଶେଷତ୍ୱ:

ମୃତ୍ୟୁ ରେକର୍ଡ ହୋଇଥିବା ପୋଲିସ୍ ନମ୍ବର ନାମ _____

ଏଫଆଇଆରର ତାରିଖ / /

ଏଫଆଇଆର ନଂ _____

ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମର ତାରିଖ / /

ପୋଷ୍ଟମର୍ଟମ ନଂ _____

ଦୁର୍ଘଟଣାର ତାରିଖ / / ଦୁର୍ଘଟଣାର ସମୟ : (a.m. / p.m.)

ଦୁର୍ଘଟଣାର ସ୍ଥାନ _____

ଦୁର୍ଘଟଣା କିପରି ଘଟିଲା ତାହାର ସଂକ୍ଷିପ୍ତ ବର୍ଣ୍ଣନା (ଦୟାକରି ଅଲଗା ସିଟ୍ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

F. ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଅନ୍ୟ ଜୀବନ ବୀମା ଏବଂ ମେଡିକେମର ବିବରଣୀ:

କ୍ରମାଙ୍କ ନଂ.	ପଲିସି ନଂ	କମ୍ପାନୀର ନାମ	ପଲିସି ତାରିଖ	ବେସିକ୍ ସାମ୍ ଆସୁ୍ୟରତ (Rs.)	ଆରୋହୀଙ୍କ ବେନିଫିଟ୍ ରାଶି (Rs.)	ଦାବିର ସ୍ଥିତି



CL5000101

G. ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ :

ମୁଁ / ଆମେ ଏଠାରେ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏଠାରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ପ୍ରତ୍ୟେକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଅଟେ ଏବଂ ଦାବିର ସମାଧାନ ନୀତି ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତ ଅନୁଯାୟୀ ହେବ । ମୁଁ ସମସ୍ତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନଗୁଡ଼ିକ (ମେଡିକାଲ ଲ୍ୟାବ୍ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ), ସରକାରୀ ଅନୁଷ୍ଠାନ /ଏଜେଣ୍ଟଗୁଡ଼ିକ (ପୋଲିସ୍ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ, ରାଜସ୍ୱ, ଇତ୍ୟାଦି) ଏତଥାଇଭି/ଏତସ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସହିତ ମାନସିକ ଏବଂ ଶାରୀରିକ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା (ଅତୀତର ଏବଂ ବର୍ତ୍ତମାନର) ପ୍ରକଟ/ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଉଛି । ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ, କାନାରା ଏତଏସବିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ ଇନସୁରାନ୍ସ କୋ ଲିମିଟେଡ୍ ("କମ୍ପାନୀ") ଏବଂ/କିମ୍ବା ଏହାର ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ ପ୍ରାଧିକୃତ ପ୍ରତିନିଧୀଙ୍କୁ ମୋର / ଆମ ତରଫରୁ ଯେ କୌଣସି ପୁନଃ ବୀମାକାରୀ, ବୀମା ଆସୋସିଏସନ୍, ମେଡିକାଲ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ, ଅନ୍ୟ ବୀମାକାରୀ, ବିଧିଗତ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ, ନିଯୁକ୍ତିଦାତା, କୋର୍ଟ, ସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା, ରେଗୁଲେଟର୍, ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ ସଂସ୍ଥା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସେବା ସହିତ ଆର୍ଥିକ ବିବରଣୀ ସହିତ ସୂଚନା ଦେବାକୁ ଏବଂ ପାଇବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ମୁଁ ଅନୁମତି ଦେଉଛି । ଏହିପରି ସେୟରିଂ ପାଇଁ ମୋର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମ୍ପତ୍ତି ନ ପାଇ ମୁଁ ଏହିପରି ଭାବରେ ମୋର ସମ୍ପତ୍ତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି । ଏହି ଘୋଷଣାର ଏକ ଫଟୋ କପି ବୈଧ ଏବଂ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯିବ ।

ଦାବୀଦାର / ନାମାଙ୍କିତଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ / ବାମ ହାତର ଟିପଟିକ୍

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

ନାମ _____

ନାମ _____

ଦାବୀଦାରଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ _____

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____

ଠିକଣା _____

ଠିକଣା _____

ତାରିଖ □□ / □□ / □□ □□

ତାରିଖ □□ / □□ / □□ □□

ଜଣେ ଅକ୍ଷିତ ଦାବୀଦାର କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉଦଘୋଷଣା କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଜଡିତ ନଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଦାବି ହେବା ଉଚିତ ଯାହାଙ୍କ ପରିଚୟ ସଠିକ୍ ଭାବରେ ଦର୍ଶାଉଥିବ:

"ମୁଁ ଏତଦ୍ ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଦାବୀଦାର ବୁଝିପାରୁଥିବା ଭାଷାରେ _____ ବର୍ଣ୍ଣିତ ହୋଇଛି ଏବଂ ଏହାର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିବା ପରେ ସେ ଏହି ଫର୍ମରେ ନିଜର ଟିପଟିକ୍ ଲଗାଇଛନ୍ତି"

ନିମ୍ନ ତାଲିକାରୁ ନିଯୁକ୍ତି ବିବରଣୀ _____

(ଏହି ଫର୍ମକୁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ମଧ୍ୟରୁ ଯେକୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ସାକ୍ଷୀ ରହିବା ଜରୁରୀ: (1) କମ୍ପାନୀର ଜଣେ ଏଜେଣ୍ଟ, (2) କମ୍ପାନୀର ଜଣେ ରିଲେସନସିପ୍ ମ୍ୟାନେଜର୍, (3) ବିତରଣକାରୀ ବ୍ୟାଙ୍କର ଗ୍ରାହୀ ମ୍ୟାନେଜର, (4) ଏକ ନେସ୍‌ଲାଇଜଡ୍ ବ୍ୟାଙ୍କର ଜଣେ ବ୍ୟାଙ୍କ ମ୍ୟାନେଜରଙ୍କ ରବର ସ୍ୱାକ୍ଷ, (5) ଜଣେ ରେଜେଟେଡ୍ ଅଫିସର, (6) ଜଣେ ହେଡ୍ ମାଷ୍ଟର / ଜଣେ ସରକାରୀ ସ୍କୁଲର ପ୍ରିନ୍ସିପାଲ୍, (7) ଜଣେ ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍ (8) କମ୍ପାନୀର ଯେକୌଣସି କର୍ମଚାରୀ ।)



CL5000101

ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଦାଖଲ ହେବାକୁ ଥିବା ଆବଶ୍ୟକତାଗୁଡ଼ିକ*:

Table with 2 columns: Description of requirements and an empty column for input. Rows include details about policy types, premium payment, and beneficiary information.

*ଯେ କୌଣସି ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ କଲ୍ କରିବାର ଅଧିକାର ରଖିଛି

କାନାରା ଏଟିଏସଭିସି ଓରିଏଣ୍ଟାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ କମର୍ସ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (IRDA Regn. No. 136)

ଅର୍ଚିଡ୍ ବିଜନେସ୍ ପାର୍କ, ଦ୍ଵିତୀୟ ମହଲା, ସେକ୍ଟର - 48, ସୋହନା ରୋଡ୍, ଗୁରୁଗ୍ରାମ - 122018, ହରିୟାଣା, ଭାରତ ପଞ୍ଜିକୃତ ଅଫିସ୍: ୟୁନିଟ୍ ନମ୍ବର 208, ଦ୍ଵିତୀୟ ମହଲା, କାଞ୍ଚିଞ୍ଜୁଳା ବିଲ୍ଡିଂ, 18 ବାରଖମ୍ବା ରୋଡ୍, ନ୍ୟୁଆଦିଲ୍ଲୀ - 110001, ଭାରତ, କର୍ପୋରେଟ୍ ଆଇଡେଣ୍ଟିଫିକେସନ୍ ନମ୍ବର - U66010DL2007PLC248825, ଯୋଗାଯୋଗ 1800-180-0003, 1800-103-0003 (ଟେଲିଫୋନ୍)/ +91 0124 4535099 (ଫ୍ୟାକ୍ସ)/ଇମେଲ୍: customerservice@canarahsbclife.in, ୱେବସାଇଟ୍: www.canarahsbclife.com