

Death Claim Form – CSHG / ਮਿਰਤੂ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ – CSHG

Important Information/ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ

- 1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies.
ਫ਼ੌਲੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰੀ ਜਾਵੇ ਜਿਸਦਾ ਪਾਲਿਸੀ ਧਨ ਦੇ ਲਈ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਵੇ
- 2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim.
ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਪ੍ਰਸਤੁਤੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
- 3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below.
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਨੇੜਲੀ ਬ੍ਰਾਂਚ ਵਿਖੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਜਮਾ ਕਰੋ

Group Policy No./ ਸੰਗਠਨ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.: _____ **Certificate Number/ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ ਨੰਬਰ:** _____

A. Details of the Claimant/ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਵਿਵਰਣ

Name of Master Policy Holder/ ਮਾਸਟਰ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ:	Relationship to Insured Member/ ਬੀਮਿਤ ਸਦੱਸ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ:
Name of Nominee/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ:	Name of Appointee/ ਨਿਉਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ:
Date of birth of nominee/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: □□ □□ □□□□	Date of birth of appointee/ ਨਿਉਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: □□ □□ □□□□
Relationship to member insured/ ਬੀਮਿਤ ਸਦੱਸ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ:	Relationship with nominee/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾਲ ਸੰਬੰਧ:

B. Details of the Deceased/ ਮਿਤਕ ਦੇ ਵੇਰਵਾ

Insured member's Full Name/ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ:	Date of birth/ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: □□ □□ □□□□
Gender/ ਲਿੰਗ: Male/ ਮਰਦ <input type="checkbox"/> Female/ ਔਰਤ <input type="checkbox"/>	
Last residential address/ ਅੰਤਿਮ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ:	Occupation/ ਪੇਸ਼ਾ:
Employer's name & address/ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ:	Loan Account No./ ਲੋਨ ਖਾਤਾ ਨੰ.:
Date of enrollment/ ਨਾਮਕਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:	

C. Bank Details of the Claimant/ ਦਾਅਵੇ ਦਾਰ ਦੇ ਬੈਂਕ ਵਿਵਰਣ

Bank Account No./ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰ. _____ Type of Account/ ਖਾਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ: Saving/ ਬਚਤ Current/ ਚਾਲੂ NRE Other/ ਕੋਈ ਹੋਰ
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only / (NRE ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ NRO ਖਾਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ)

IFS Code/ IFS ਕੋਡ: _____

Bank Name and Address/ ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ: _____

Note- Kindly attach a copy of bank passbook or cancelled cheque bearing account number and claimant name. **(MANDATORY)**.
ਨੋਟ - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਜਾਂ ਰੱਦ ਚੈਕ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ ਦਰਜ ਹੋਵੇ। **(ਲਾਜ਼ਮੀ)**

D. Details about claim Particulars of the Claim/ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਬਿਓਰੇ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿੱਚ ਵਿਵਰਣ

Date of death/ਮਿਰਤੂ ਦੀ ਮਿਤੀ:	Time of death/ ਮਿਰਤੂ ਦਾ ਸਮਾਂ:	(a.m./p.m. □)	Place of death/ ਮਿਰਤੂ ਦਾ ਸਥਾਨ:
Immediate cause of death/ਮਿਰਤੂ ਦਾ ਤਤਕਾਲਿਕ ਕਾਰ:		Duration of last illness/ ਅੰਤਿਮ ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਅਵਧੀ:	
When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? ਮਿਰਤਕ ਜੀਵਨ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਕਦੋਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਲੱਛਣ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ?			
Nature of Illness then complained: ਉਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਜਿਸਦੀ ਉਸ ਵੇਲੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ:			
Place of treatment/ਉਪਚਾਰ ਦਾ ਸਥਾਨ:			
Name, Address & Contact No of the doctor's consulted during the last illness: ਅੰਤਿਮ ਬਿਮਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਸਲਾਹ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਚਿਕਿਤਸਕ/ਚਿਕਿਤਸਕਾਂ ਦੇ ਨਾਂ, ਪਤੇ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ:			
If Accidental Death/ ਜੇਕਰ ਮਿਰਤੂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਤੋਂ ਹੋਈ ਹੋਵੇ ਤਾਂ: a) Date of Accident/ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____			
b) Time of accident/ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਮਾਂ:		(a.m./p.m. □)	
c) Place of accident/ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਥਾਨ: _____			
If F.I.R. done/ ਜੇਕਰ FIR ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ ਤਾਂ: a) Date of F.I.R./ FIR ਦੀ ਮਿਤੀ _____ b) F.I.R. Number/ FIR ਦਾ ਨੰਬਰ: _____			
c) Name of the Police Station/ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਨਾਂ: _____			
If Post Mortem conducted: Date of PostMortem done/ ਜੇਕਰ ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ: ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ _____			

Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailment scored by them: ਉਹ ਚਿਕਿਤਸਕਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤੇ, ਜਿੰਨਾਂ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮਿਰਤਕ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਸੀ ਅਤੇ ਉਹ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿੰਨਾਂ ਦਾ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਉਪਚਾਰ ਕੀਤਾ ਸੀ:		
Date of Consultation/ ਸਲਾਹ ਦੀ ਮਿਤੀ	Name & Address of Doctor/ ਚਿਕਿਤਸਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ	Reasons for Consultation/ ਸਲਾਹ ਦਾ ਕਾਰਨ

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 there of.

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ:

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਕਰਕੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕਥਨ ਹਰ ਪ੍ਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਸੱਚ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਨੁਪੂਰਕ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਨਾਲ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚ ਪੜਤਾਲ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਇਸ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਨੇ ਇਸਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਯੋਗ ਜੀਵਨ ਉੱਤੇ ਬੀਮਾ ਲਾਗੂ ਸੀ ਅਤੇ ਨਹੀਂ ਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਬਚਾਵਾਂ ਦੀ ਛੁੱਟ ਸੀ। ਚਿਕਿਤਸਾ ਉਪਚਾਰ/ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਪੜਤਾਲ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਵਕਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਨਾਹੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨ, ਉਪਯੋਗ, ਪ੍ਰਥਾ ਜਾਂ ਰਿਵਾਜ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹੋਏ ਵੀ, ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਕਰਕੇ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਪੁਲਿਸ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਮਾਲਕ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾ/ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ. ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿ. ਨੂੰ, ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਜਾਂ ਅਦਾਲਤ ਜਾਂ ਉਸਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਜ ਕਰ ਰਹੀ ਕੋਈ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਮਿਤਕ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਹਾਲਤ, ਨੌਕਰੀ, ਵਿੱਤ ਜਾਂ ਬੀਮਾ, ਸਲਾਹ, ਮਿਤਕ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਏ ਗਏ ਉਪਚਾਰ ਜਾਂ ਮਿਤਕ ਦੁਆਰਾ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਕਿਸੇ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਣ, ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਮਿਤਕ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਰੋਗ, ਡਰਗ ਦਾ ਉਪਯੋਗ, ਸ਼ਰਾਬ ਦਾ ਸੇਵਨ, ਏਚਆਈਵੀ (ਏਡਸ ਵਾਇਰਸ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਯੋਨ ਰੂਪ ਵਲੋਂ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ। ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਦੀ ਫੋਟੋਸਟੇਟ ਪ੍ਰਤੀ ਨੂੰ ਮੂਲ ਪ੍ਰਤੀ ਦੇ ਸਮਾਨ ਹੀ ਪਰਭਾਵੀ ਅਤੇ ਆਦਰ ਯੋਗ ਸੰਮਝਿਆ ਜਾਵੇ। ਮੈਂ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਉਪਰੋਕਤ ਚਰਚਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਧਨ ਦਾ ਪ੍ਰਤੱਖ/ਇਲੈਕਟਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਤੋਂ ਸਥਾਨਤਰਣ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ। ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ. ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿ. ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਦੱਸ ਕੇ/ਦੱਸੇ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਹੀਂ ਹੋਣ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਦੇਰੀ ਤੋਂ ਹੋਣ ਜਾਂ ਅਪੂਰਣ/ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਸਾਰਾ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪਰਭਾਵੀ ਨਹੀਂ ਹੋਣ ਲਈ ਉਤਰਦਾਈ ਨਹੀਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਦੇ ਇਲਾਵਾ, ਪ੍ਰਤੱਖ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਣ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ. ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿ. ਡਿਮਾਂਡ ਡਰਾਫਟ/ਸਮਮੁੱਲ 'ਤੇ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਕੇ ਵੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਕਰੇਡਿਟ ਕੇਵਲ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਦਾਵੇਦਾਰ ਖਾਤਾ ਗਿਣਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਹੀ ਪਰਭਾਵੀ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਮ ਵਿਵਰਣ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

Signature/left hand thumb impression /If illiterate) of Claimant/
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ/ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ (ਜੇਕਰ ਅਣਸਿਖਿਅਤ ਹੋਵੇ ਤਾਂ)

Name/ ਨਾਂ _____

Address/ ਪਤਾ _____

Date/ ਮਿਤੀ _____

Signature of Witness (Mandatory)

ਗਵਾਹ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ (ਲਾਜ਼ਮੀ)

Name/ਨਾਂ _____

Address/ ਪਤਾ _____

Date/ ਮਿਤੀ _____

Employment details from the list below

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਕਰੀ ਦੇ ਵਿਵਰਣ

(This form must be witnessed by anyone 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) Ahead Master/Principal of a Govt. School, (7) A Magistrate.)

(ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ: (1) ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਿਅਕਤੀ, (2) ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਰਿਲੇਸ਼ਨਸ਼ਿਪ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (3) ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਬੈਂਕ ਦਾ ਸਾਖਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (4) ਰਬਰ ਸਟਾਂਪ ਦੇ ਨਾਲ ਰਾਸ਼ਟਰੀਕ੍ਰਿਤ ਬੈਂਕ ਦਾ ਬੈਂਕ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (5) ਕੋਈ ਗੈਜ਼ਟੇਡ ਅਧਿਕਾਰੀ, (6) ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੂਲ ਦੇ ਹੇਡ ਮਾਸਟਰ/ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ, (8) ਮਜਿਸਟਰੇਟ।)

Requirements to be submitted along with this form* / ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ* :

1. Original Certificate of Insurance/ ਬੀਮਾ ਦਾ ਮੂਲ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/ ਨਗਰ ਨਿਗਮ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮਿਰਤੂ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ	<input type="checkbox"/>
3. Photo ID & address proof of the claimant(duly attested)/ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋਦਾਰ ਪਚਾਣ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ (ਵਿਧਿਵਤ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ)	
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) ਠੀਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਭਰੇ ਗਏ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮੈਟ - ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਕਥਨ, ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇ ਕਥਨ, ਉਪਚਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ (ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਐਡਮਿਸ਼ਨ ਨੋਟ, ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ, ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਸਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਆਦਿ)	<input type="checkbox"/>
5. Age proof and identity of the Insured Member/ ਬੀਮਿਤ ਸਦੱਸ ਦਾ ਉਪਰ ਪ੍ਰਮਾਣ ਅਤੇ ਪਛਾਣ	<input type="checkbox"/>
6. Copy of Bank passbook /Cancelled Cheque / ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ/ਚੈੱਕ ਕੀਤੇ ਗਏ ਚੈੱਕ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ	
7. Post-mortem/chemical viscera report(if performed)/ ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ/ ਰਸਾਇਨਿਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੇਕਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਤਾਂ)	<input type="checkbox"/>
8. Police reports (First information report, Panchnama, Police Investigation Report, and Police Final Report) only in case of unnatural or accidental deaths. / ਸਿਰਫ ਅਸਧਾਰਨ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਮਿਰਤੂ ਦੀ ਸਬਿਤੀ ਵਿੱਚ ਪੁਲਿਸ ਰਿਪੋਰਟ (ਪ੍ਰਥਮ ਸੂਚਨਾ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੰਚਨਾਮਾ, ਪੁਲਿਸ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪੁਲਿਸ ਦੀ ਅੰਤਿਮ ਰਿਪੋਰਟ)	<input type="checkbox"/>

*Company reserves the right to call for any additional requirements/ ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੇ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦੀ ਹੈ
(Please tick against the document provided along with this form)/ (ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸਹੀ ✓ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

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. _____

ਘੋਸ਼ਣਾ, ਜੇਕਰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਮਾਤਭਾਸ਼ਾ/ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ:

ਮੈਂ, _____, ਦਾ ਪੁੱਤਰ/ਦੀ ਪੁੱਤਰੀ, _____ ਦਾ/ਦੀ ਨਿਵਾਸੀ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਇੰਜ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮਗਰੀ ਨੂੰ ਮੈਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ _____ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।

(ਗਾਹਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ) _____ ਮਿਤੀ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. _____

Instruction & Disclaimer:/ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਅਸਵੀਕਰਣ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only./ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਵਰਣ ਸਿਰਫ ਹਿੰਦੀ/ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰੋ।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ਸਮਗਰੀ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਸਹਿਮਤੀ ਵਿੱਚ, ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ ਪ੍ਰਬਲ ਹੋਵੇਗਾ।

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@canarahsbcclife.in, Website : www.canarahsbcclife.com