



CL\$000101

**ਮੇਤ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਸੰਬੰਧੀ ਫਾਰਮ (ਫਾਰਮ - C)**

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ:

- 1) ਦਾਅਵਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ੀਸ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਇਸਦੇ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 1800-180-0003, 1800-103-0003 'ਤੇ ਇਸ ਸੰਬੰਧੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ
- 2) ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਪਾਲਿਸੀ ਪੈਸਿਆਂ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ, ਇਹ ਉਸਦੇ ਦੁਆਰਾ ਹੀ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ
- 3) ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦੇ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ
- 4) ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਮੰਗਾਂ ਨੂੰ ਨੇੜਲੀ ਸ਼ਾਖਾ/ਕੇਂਦਰ ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਰਕਮ: \_\_\_\_\_

**A. ਮੇਤ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ:**

ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਮੇਤ ਸਮੇਂ ਉਮਰ   ਸਾਲ  
 ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_  
 ਪੇਸ਼ਾ \_\_\_\_\_ ਸਲਾਨਾ ਆਮਦਨ (ਪ੍ਰਤੀ ਸਲਾਨਾ) \_\_\_\_\_ ਰੁਪਏ  
 ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਤਨਖ਼ਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਸੀ) / \_\_\_\_\_ ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. \_\_\_\_\_  
 ਉਹ ਮਿਤੀ ਜਦੋਂ ਮਿਰਤਕ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਉਸਦੇ ਆਮ ਕੰਮ 'ਤੇ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਇਆ ਸੀ   /   /

**B. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ (ਜੇਕਰ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਧੀਕ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ):**

ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ \_\_\_\_\_  
 ਜਨਮ ਮਿਤੀ   /   /     ਮੇਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ \_\_\_\_\_ ਮੋਬਾਈਲ \_\_\_\_\_  
 ਈਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ \_\_\_\_\_  
 ਪੈਨ ਨੰਬਰ/ਫਾਰਮ 60 \_\_\_\_\_  
 ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਫੋਟੋ ਆਈ.ਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨਾਲ ਜੋੜੋ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੇ ਕੁਝ ਵੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਉਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)  
 ਪਾਸਪੋਰਟ  ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੰਸ  ਵੋਟਰ ਆਈ.ਡੀ ਕਾਰਡ  
 ਕੰਪਨੀ ਆਈ.ਡੀ ਕਾਰਡ  ਹੋਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ \_\_\_\_\_

**C. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਬੈਂਕ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ (ਲਾਜ਼ਮੀ):**

ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰ. \_\_\_\_\_ ਖਾਤਾ ਕਿਸਮ:  ਬਚਤ  ਚਾਲੂ  ਐਨ.ਆਰ.ਈ  ਐਨ.ਆਰ.ਓ  
 (ਜੇਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਐਨ.ਆਰ.ਆਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ ਐਨ.ਆਰ.ਓ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਹੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ)  
 ਆਈ.ਐਫ.ਐਸ ਕੋਡ \_\_\_\_\_  
 ਬੈਂਕ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
 ਨੋਟ- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਇਸ 'ਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਚੈੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਜਾਂ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਸਟੇਟਮੈਂਟ/  
**ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।**



CL\$000101

**D. ਦਾਅਵੇ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਰਣਨ:**

ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ: □□ / □□ / □□ □□ ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ: □□:□□ (a.m.□□ / p.m.□□)

ਜਨਮ ਦਾ ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_

ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ: \_\_\_\_\_

ਪਿਛਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਮਿਆਦ, ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

ਦਾਹ ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦੀ ਮਿਤੀ □□ / □□ / □□ □□ ਦਾਹ ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦਾ ਸਥਾਨ \_\_\_\_\_

ਜੇ ਮੌਤ ਵਿਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ: ਪਾਸਪੋਰਟ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਨੰਬਰ, ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ); ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਮਿਰਤਕ ਦੇ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਭਾਰਤ ਤੋਂ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ; ਜਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਮਿਰਤਕ ਦੇ ਸਰੀਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਭਾਰਤ ਲਿਜਾਇਆ ਗਿਆ, ਇਸ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ।

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਮਿਰਤਕ ਨੇ ਸਿਹਤ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਣ ਸੰਬੰਧੀ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਦੋਂ ਕੀਤੀ? \_\_\_\_\_

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਨੇ ਜਿਸ ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਜਿਸ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ \_\_\_\_\_

ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ/ਰਾਂ ਨੇ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਸੀ ਅਤੇ ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਮੌਤ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕੀਤੀ, ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. \_\_\_\_\_

ਆਖਰੀ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣਾ/ਬਿਮਾਰੀ ਰਾਂ □□ ਨਾਂ □

ਵੇਰਵੇ \_\_\_\_\_

**E. ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਰਣਨ:**

ਉਸ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਨਾਮ ਜਿੱਥੇ ਮੌਤ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ \_\_\_\_\_

ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ ਦੀ ਮਿਤੀ □□/□□/□□□□

ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ ਨੰ. \_\_\_\_\_

ਪੋਸਟ-ਮਾਰਟਮ ਦੀ ਮਿਤੀ □□/□□/□□□□

ਪੋਸਟ-ਮਾਰਟਮ ਨੰ. \_\_\_\_\_

ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ □□/□□/□□□□; ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਮਾਂ □□:□□ (a.m.□□ / p.m.□□)

ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਥਾਨ \_\_\_\_\_

ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਿਵੇਂ ਵਾਪਰੀ ਇਸ ਸੰਬੰਧੀ ਸੰਖੇਪ ਵਰਣਨ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

**F. ਮਿਰਤਕ ਦੇ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਹੋਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲੇਮ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ:**

ਲੜੀ ਨੰ.	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.	ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਮਿਤੀ	ਮੂਲ ਗਰਾਂਟੀਸ਼ੁਦਾ ਰਕਮ (Rs.)	ਰਾਇਡਰ ਫਾਇਦੇ ਦੀ ਰਕਮ (Rs.)	ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ



CL5000101

**G. ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਸਪੁਰਦਗੀ:**

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਥੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਰੇਕ ਪੱਖੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੱਚ ਹੈ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਸਖਤੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਸਥਾਨਾਂ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ ਲੈਬਾਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ), ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਨਾਂ/ਏਜੰਸੀਆਂ (ਪੁਲਿਸ ਅਥਾਰਟੀਆਂ, ਆਮਦਨ ਵਿਭਾਗ ਆਦਿ) ਨੂੰ ਐਚਆਈਵੀ/ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜੋ ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਏਜੰਟਾਂ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦਿਆਂ ਸਮੇਤ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਮਾਨਸਿਕ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ/ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਮੇਰੀ ਖਾਸ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੁੜ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਬੀਮਾ ਸੰਘ, ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀਆਂ, ਨੈਕਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨਕ, ਅਦਾਲਤ, ਸਰਕਾਰੀ ਅਦਾਰਾ, ਨਿਯਮਕ, ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨਕਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿੱਤੀ ਵੰਡ ਸਮੇਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਇਸ ਐਲਾਨ ਦੀ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਵੈਧ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਕਾਰੀ ਮੰਨੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ/ ਖੱਬੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ  /  /

ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ \_\_\_\_\_

ਮੇਬਾਈਲ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ  /  /

ਜੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅਨਪੜ੍ਹ ਹੈ, ਤਾਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਕਨੈਕਟ ਨਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਜਿਸਦੀ ਪਛਾਣ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਸਿੱਧ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:

“ ਮੈਂ ਇਹ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾ-ਵਸਤੂ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲੀ \_\_\_\_\_

ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੇ/ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਇਸ ਵਿਸ਼ਾ-ਵਸਤੂ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਕੇ ਹੀ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ”

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ ਵਿਚਲੇ ਨੈਕਰੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ \_\_\_\_\_

(ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਹੋਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਵੱਲੋਂ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ: (1) ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਇੱਕ ਏਜੰਟ, (2) ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਇੱਕ ਰਿਲੇਸ਼ਨਸ਼ਿਪ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (3) ਡਿਸਟ੍ਰੀਬਿਊਟਿੰਗ ਬੈਂਕ ਦਾ ਇੱਕ ਸਾਖਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (4) ਰਬੜ ਦੀ ਮੋਹਰ ਨਾਲ ਇੱਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀਕ੍ਰਿਤ ਬੈਂਕ ਦਾ ਇੱਕ ਬੈਂਕ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, (5) ਇੱਕ ਗਜ਼ਟਡ ਅਫਸਰ (6) ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੂਲ ਦਾ ਮੁੱਖ ਅਧਿਆਪਕ / ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ(7) ਇੱਕ ਮਜਿਸਟਰੇਟ (8) ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਇੱਕ ਕਰਮਚਾਰੀ।)



CL\$000101

**ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੰਗਾਂ:**

ਸਿਫਰ ਮੋਤ ਭੱਤਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ/ ਭੁਗਤਾਨ-ਸੁਦਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ/ ਸਿਰਫ ਪੈਨਸ਼ਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ	
1. ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਂਡ	
2. ਨਗਰਪਾਲਿਕਾ ਅਥਾਰਿਟੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਮੌਤ ਦਾ ਅਸਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	
3. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਫੋਟੋ ਆਈ.ਡੀ ਅਤੇ ਪਤਾ ਪ੍ਰਮਾਣ (ਵਿਧੀਵਤ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ)	
4. ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ/ ਰੱਦ ਚੈੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ	
ਹੋਰ ਸਾਰੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਲਈ ਵਧੀਕ ਮੰਗਾਂ	
5. ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ	
6. ਹਸਤਪਾਲ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	
7. ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ (ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਮਰੀ, ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਨੋਟ, ਟੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਮੈਡੀਕਲ ਨਿਰਦੇਸ਼ਨ ਆਦਿ)	
8. ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ (ਜੇ ਹੋਇਆ ਹੈ)	
9. 5 ਸਾਲਾਂ ਦਾ ਛੁੱਟੀਆਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਾਲਾ ਮਾਲਕ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	
ਜੇ ਮੌਤ ਗੈਰ-ਕੁਦਰਤੀ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਹੋਣ 'ਤੇ ਵਧੀਕ ਮੰਗਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਦੁਰਘਟਨਾ, ਖੁਦਕੁਸ਼ੀ, ਕਤਲ, ਅਚਾਨਕ/ਭੇਦ-ਭਰੀ ਮੌਤ ਆਦਿ।)	
10. ਪਹਿਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਿਪੋਰਟ (ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ)	
11. ਪੰਚਨਾਮਾ, ਪੁਲਿਸ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ	
12. ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਟੇਕਸੀਕੋਲੋਜੀ/ਵਿਸੇਰਾ ਰਿਪੋਰਟ	
13. ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ, ਤਾਂ ਅਖ਼ਬਾਰ ਦੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ	
14. ਜੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੁਰਘਟਨਾ ਵੇਲੇ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਤਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੀ ਕਾਪੀ (ਸਿਰਫ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ)	

\*ਕੰਪਨੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਧੀਕ ਮੰਗ ਵਾਸਤੇ ਕਹਿਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦੀ ਹੈ

ਕੈਨਰਾ ਐਚ.ਐਸ.ਬੀ.ਸੀ ਓਰੀਐਂਟਲ ਬੈਂਕ ਆਫ ਕਾਮਰਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ (IRDA Regn. No. 136)

ਆਰਚਿਡ ਬਿਜ਼ਨਸ ਪਾਰਕ, ਦੂਜੀ ਮੰਜਲ, ਸੈਕਟਰ -48, ਸੋਹਨਾ ਰੋਡ, ਗੁਰੂਗਰਾਮ - 122018, ਹਰਿਆਣਾ, ਭਾਰਤ ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫਤਰ : ਯੂਨਿਟ ਨੰ. 208, ਦੂਜੀ ਮੰਜਲ, ਕੰਚਨਜੰਗਾ ਬਿਲਡਿੰਗ, 18 ਬਾਰਾਖੰਬਾ ਰੋਡ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ - 110001, ਭਾਰਤ, ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਪਛਾਣ ਨੰ. - U66010DL2007PLC248825, ਇੱਥੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ - 1800-180-0003, 1800-103-0003 (ਟੈਲੀਫੋਨ)/ +91 0124 4535099 (ਫੈਕਸ)/ ਈਮੇਲ: customerservice@canarahsbclife.in, ਵੈੱਬਸਾਈਟ : www.canarahsbclife.com