

**Death Claim Form/ Credit Life / இறப்பு கிளைம் படிவம் -ஆயுள் கடன்
(Form- CGL) / (படிவம்- CGL)**

Important Information: / முக்கியத் தகவல்:

- 1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies
பாலிசி பணத்திற்கு சட்டப் பூர்வமாக பொறுப்புடைய நபரால் பூர்த்திச் செய்யப்பட வேண்டும்
- 2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim
இந்தப் படிவத்தை சமர்ப்பிப்பதால் கிளைம் ஏற்றுக்கொண்டதாக கருதப்படாது
- 3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below .
இந்தப் படிவம் மற்றும் தேவையான ஆவணங்களை அருகிலுள்ள கிளை அல்லது கீழே குறிப்பிட்டுள்ள முகவரியில் சமர்ப்பிக்கவும்.

A. Details of the Claimant / உரிமைகோருபவரின் விவரங்கள்

Name of Master Policy Holder : முதன்மை பாலிசிதாரரின் பெயர் :	Relationship to member insured: காப்பீட்டாளருடனான உறவுநிலை:
Name of Nominee: நாமினியின் பெயர்:	Name of Appointee: நியமிக்கப்பட்டவரின் பெயர்:
Date of birth & age of nominee: நாமினியின் பிறந்த தேதி & வயது:	Date of birth & age of appointee: நியமிக்கப்பட்டவரின் பிறந்த தேதி & வயது:
Relationship to member insured: ஆயுள் காப்பீட்டாளருடனான உறவுநிலை:	Relationship with nominee: நாமினியுடனான உறவுநிலை:
Nationality: குடியரிமை:	
Country of Residence: வசிக்குமிடம்:	
Mailing Address: அஞ்சல் முகவரி:	

B. Details of the Deceased / இறந்தவரின் விவரங்கள்

Insured member's Full Name: / காப்பீட்டாளரின் முழு பெயர்:	Date of birth & age: / பிறந்த தேதி & வயது:
Gender: / பாலினம்: Male / ஆண் <input type="checkbox"/> Female / பெண் <input type="checkbox"/>	Single life member <input type="checkbox"/> / Joint life member <input type="checkbox"/> தனி காப்பீடு <input type="checkbox"/> / குழு காப்பீடு <input type="checkbox"/>
Last residential address: கடைசியாக இருந்த வீட்டு முகவரி:	Occupation: / தொழில்:
Employer's name & address: நிறுவனத்தின் பெயர் & முகவரி:	Loan Account No.: / கடன் கணக்கு எண்: Date of enrollment: / பதிவு செய்யப்பட்ட தேதி:

C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY) / உரிமைக் கோருபவரின் வங்கி விவரங்கள் (கட்டாயம்)

Bank Account No: / வங்கி கணக்கு எண். _____	Type of Account: / கணக்கு வகை: <input type="checkbox"/> Saving/ சேமிப்பு
<input type="checkbox"/> Current/ நடப்பு <input type="checkbox"/> NRE <input type="checkbox"/> Other/ பிற	
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) (NRI உரிமைகோருபவராக இருந்தால், NRO கணக்கு எண்ணை மட்டும் உள்ளிடவும்)	
IFS Code: / IFS குறியீடு: _____	
Bank Name and Address: / வங்கி பெயர் மற்றும் முகவரி: _____	
Note - Kindly attach a copy of /bank passbook/ or a cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY) குறிப்பு- கணக்கு எண் மற்றும் உரிமைகோருபவர் பெயர் அடங்கிய வங்கி கணக்குப்புத்தகம் அல்லது ரத்துசெய்யப்பட்ட காசோலையின் நகலை இணைக்கவும்.(கட்டாயம்)	

D. Details about claim Particulars of the Claim/ கிளைம் பற்றிய விவரங்கள்

Date of death: / இறந்த தேதி:	Time of death:/ இறந்த நேரம்:	(a.m. <input type="checkbox"/> / p.m. <input type="checkbox"/>
Place of death:/ இறந்த இடம்:		
Immediate cause of death:/ இறப்பிற்கான காரணம்: _____		
Duration of last illness: / கடைசியாக நோய்வாய்ப்பட்டிருந்த காலம்: _____		
When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? இறந்த ஆயுள் காப்பீட்டாளர் உடல்நலக்குறைவு அறிகுறிகளை எப்போது முதலில் புகாரளித்தார்?		
Nature of Illness then complained:/ புகாரளிக்கப்பட்ட நோயின் தன்மை: _____		
Place of treatment:/ சிகிச்சை இடம்: _____		
Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness: கடைசி உடல்நலக்குறைவின் போது ஆலோசித்த மருத்துவர்கள் பெயர், முகவரி & தொடர்பு எண்:		
If Accidental Death:/ விபத்து இறப்பு எனில்: a) Date of Accident:/ விபத்து தேதி: _____		
b) Time of accident: / விபத்து நடந்த நேரம்: _____ (a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>)		
c) Place of accident:/ விபத்து நடந்த இடம்: _____		
If F.I.R. done :/ F.I.R. பதிவு செய்யப்பட்டிருந்தால் a) Date of F.I.R./ F.I.R. தேதி: _____		
b) F.I.R. Number:/ F.I.R. எண் _____		
c) Name of the Police Station/ காவல் நிலையத்தின் பெயர் _____		
If Post Mortem conducted / பிரேத பரிசோதனை செய்யப்பட்டிருந்தால்: a) Post Mortem Number/ பிரேத பரிசோதனை எண் _____		
_____ b) Date of Post Mortem / பிரேத பரிசோதனை செய்த தேதி: _____		
Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them:/ கடைசி மூன்று வருடங்களாக இறந்தவரின் வியாதிகளுக்கு சிகிச்சையளித்து குணப்படுத்திய மருத்துவர்களின் பெயர் & முகவரிகள்:		
Date of Consultation/ ஆலோசனை தேதி	Name & Address of Doctor மருத்துவரின் பெயர் & முகவரி	Reasons for Consultation ஆலோசனைக்கான காரணங்கள்

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 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.

உறுதிமொழி மற்றும் அங்கீகாரம்:

நான்/நாங்கள் மேலே குறிப்பிட்டுள்ள விவரங்கள் அனைத்து வகையிலும் உண்மை எனவும் மற்றும் இந்தப் படிவம் அல்லது பிற இணைப்பு ஆவணத்தை அளித்தல் அல்லது நிறுவனத்தினால் மேற்கொள்ளப்படும் விசாரணைகள் ஆகியவை மட்டுமே இந்த ஆயுள் காப்பீட்டின் பலனை அளிக்க நிறுவனத்தைக் கட்டாயப்படுத்தாது என்பதையும், ஏதாவது உரிமைகள் அல்லது வாதத்தில் தள்ளுபடி கிடைக்காது என்பதையும் ஒப்புக்கொள்கிறேன். தற்போதைக்கு எந்த சட்டம், பயன்பாடு, விருப்பம் அல்லது பேச்சுவார்த்தை விதிகள் இருந்தாலும், ஆயுள் காப்பீட்டாளரின் மருத்துவ சிகிச்சை/விசாரணையின் போது பெறப்பட்ட ரகசிய தகவலை அளிப்பது தடைசெய்யப்பட்டுள்ளது, மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனை அல்லது காவல்துறை அதிகாரிகள் அல்லது அரசு நிறுவனம் அல்லது அரசு பணியாளர் அல்லது கனரா எச்.எஸ்.பி.சி ஓரியண்டல் பேங்க் ஆஃப் காமர்ஸ் லைப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் நிறுவனத்திற்கு வழங்கும் பிற நிறுவனம்/நபர்கள் அல்லது அதன் அலுவலகங்கள் அல்லது சட்ட ஆலோசர்கள் அல்லது நீதி மன்றம் அல்லது நிறுவனத்தின் சார்பாக இயங்கும் விசாரணை நிறுவனத்திற்கு வழங்கப்பட்ட இறந்தவரின் உடல்நிலை, பணிநிலை, நிதி அல்லது காப்பீடு, மருத்துவ ஆலோசனை, இறந்தவருக்கு வழங்கப்பட்ட சிகிச்சை அல்லது சட்டத்திற்கு புறம்பான இறந்தவரின் செயல்முறைகள் குறித்த தகவல்கள், போதைப் பழக்கம், ஆல்கஹால் பயன்பாடு, HIV (எய்ட்ஸ் வைரஸ்) மற்றும்/அல்லது பால்வினை நோய்கள் உள்ளடங்கிய தேவையான இறந்தவர் உடல்நிலை தொடர்பான விவரங்கள் அனைத்தையும் சேகரிக்கலாம் என உறுதியளிக்கிறோம். இந்த அங்கீகாரத்தின் நகலும் அசலை போன்றே செயலில் உள்ளதாகவும், செல்லுபடியானதாகவும் கருதப்படும். மேலே குறிப்பிட்டுள்ள எனது வங்கி கணக்கில் நேரடி / மின்னணு பரிமாற்ற முறையில் பணத்தைப் பரிமாற்றவும் காப்பீட்டு நிறுவனத்திற்கு அங்கீகாரமளிக்கிறேன். முழுமையற்ற/தவறான தகவலினால், ஏதேனும் காரணங்களினால்/காரணமே இல்லாமல் உங்கள் வங்கி கணக்கில் பணம் செலுத்தப்படவில்லை அல்லது தாமதமான பண பரிமாற்றம் ஏற்பட்டால் கனரா எச்.எஸ்.பி.சி ஓரியண்டல் பேங்க் ஆஃப் காமர்ஸ் லைப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் பொறுப்பேற்காது. மேலும், கனரா எச்.எஸ்.பி.சி ஓரியண்டல் பேங்க் ஆஃப் காமர்ஸ் லைப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் நேரடியாக பணம் செலுத்த இயலாத நிலையில் வரைவோலை/காசோலை மூலமான வேறு பணம் செலுத்துதல் முறையில் பணத்தை வழங்கும் உரிமையைக் கொண்டுள்ளது. உரிமைக்கோரியவர் வழங்கிய கணக்கு எண் தகவலைக் கொண்டு மட்டுமே பணம் வழங்கப்படும் மற்றும் உரிமைக்கோரியவரின் பெயர் விவரங்கள் இதற்காகப் பயன்படுத்தப்படாது.

எனது முன்மொழிதல்/பாலிசி தொடர்பான புதுப்பிப்புகள்/தகவல்களை அவ்வப்போது தொலைபேசி அழைப்புகள்/உரைச் செய்திகள் அல்லது மின்னஞ்சல்கள் மூலமாக நான் இங்கே மற்றும் மேலே வழங்கியுள்ள தொடர்பு எண்கள் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடிக்கு அல்லது நான் எதிர்காலத்தில் நிறுவனத்திற்கு வழங்கக்கூடிய பிற எண்கள்/ மின்னஞ்சல் ஐடிக்கு அனுப்புவதற்கான உரிமையை நிறுவனத்திற்கு வழங்குகிறேன்.

Signature/left hand thumb impression(if illiterate) of claimant/
உரிமைக்கோரியவரின் கையொப்பம்/இடது பெருவிரல்
ரேகை (எழுத்தறிவில்லாதவர் என்றால்)
Name:/பெயர்: _____

Company Seal:/நிறுவனத்தின் முத்திரை: _____

Address:/முகவரி: _____

Date:/தேதி: _____

Signature of Witness(Mandatory)
சாட்சியின் கையொப்பம் (கட்டாயம்)
Name:/பெயர்: _____
Address:/முகவரி: _____

Date:/தேதி: _____

Employment details from the list below
கீழ் குறிப்பிட்டுள்ளவையிலிருந்து
பணியாளர் விவரங்கள்

(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.)

- (1) நிறுவனத்தால் குறிப்பிடப்பட்ட நபர், (2) நிறுவனத்தின் தொடர்பு மேலாளர், (3) விநியோக வங்கியின் கிளை மேலாளர், (4) தேசிய மையமாக்கப்பட்ட வங்கியின் ரப்பர் ஸ்டாம்ப் கொண்ட வங்கி மேலாளர், (5) அரசு பதிவுபெற்ற அலுவலர், (6) அரசு பள்ளித் தலைமை ஆசிரியர் / முதல்வர், (8) நீதிபதி.)

Requirements to be submitted along with this form*/இந்தப் படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய ஆவணங்கள்*:

1. Original Certificate of Insurance/காப்பீட்டின் அசல் சான்றிதழ்	<input type="checkbox"/>
2. Death certificate issued by municipal authorities/நகராட்சி அதிகாரிகள் வழங்கிய இறப்புச் சான்றிதழ்	<input type="checkbox"/>
3. Out Standing Loan Statement/நிலுவையிலுள்ள கடன் அறிக்கை	<input type="checkbox"/>
4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / சுயகையொப்பமிட்ட வங்கிக் கணக்குப் புத்தகம்/ரத்துசெய்யப்பட்ட காசோலையின் நகல்	<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) நிறுவனத்தின் தனிப்பட்ட கிளாம் படிவம் முறையாக பூர்த்திசெய்யப்பட்டு, கையெழுத்திடப்பட்ட - உரிமைகோருபவர்களின் வாக்குமூலம், மருத்துவரின் வாக்குமூலம், சிகிச்சையளிக்கும் மருத்துவமனை சான்றிதழ் & மருத்துமனைப் பதிவுகள் (டிஸ்சார்ஜ் விவரம், சேர்க்கை குறிப்புகள், சோதனை அறிக்கைகள், மருந்து பரிந்துரைகள் போன்றவை)	<input type="checkbox"/>
6. Standard age proof of the Insured Member / காப்பீட்டாளரின் நிலையான வயது சான்று	<input type="checkbox"/>
7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested) / உரிமைக் கோருபவரின் புகைப்பட ஐடி & முகவரிச் சான்று (முறையாக சான்றொப்பமிடப்பட்டது)	<input type="checkbox"/>
8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed) / பிரேத பரிசோதனை/ உள்ளூறுப்புகளின் இரசாயன அறிக்கை (மேற்கொண்டிருந்தால்)	<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 காவல்துறையின் அறிக்கைகள் (முதல் தகவல் அறிக்கை, பஞ்சனாமா, காவல் விசாரணை அறிக்கை, மற்றும் காவல்துறையின் இறுதி அறிக்கை) இயற்கைக்கு மாறான அல்லது விபத்து இறப்புகளுக்கு மட்டும்	<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) விபத்தின் போது ஆயுள் காப்பீட்டாளர் வாகனம் ஓட்டியிருந்தால் ஓட்டுனர் உரிமம் நகல் (ஒருவேளை இறப்பு கிளாம்ம்கள் மற்றும் பாலிசியில் கூடுதல் விபத்து ரைடர் இருந்தால் மட்டும்)	<input type="checkbox"/>

* Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.

* எங்கள் நிறுவனத்தின் அலுவலகங்கள் ஒன்றில் இந்தப் படிவம் பெறப்பட்டவுடன் கோரிக்கைகளின் செயலாக்கம் தொடங்கும்.

* Company reserves the right to call for any additional requirements

* கூடுதல் தேவைகளுக்காக உங்களை அழைக்கும் உரிமையை நிறுவனம் கொண்டுள்ளது

(Please tick ✓ against the document provided along with this form)

(இந்தப் படிவத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள ஆவணத்தில் ✓ டிக் செய்யவும்)

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. _____

ஒப்புதல், இந்தப் படிவத்தில் தாய்மொழி கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை இருப்பின்:

பெரியவரும், _____ வசிக்கும் _____ என்பவரின் மகன் / மகளாகிய _____ என்கிற நான், இந்தப் படிவத்தில் உள்ள உள்ளடக்கங்கள் _____ மொழியில் முழுவதுமாக எனக்கு விளக்கப்பட்டது என்றும், நான் அதை முழுவதுமாக புரிந்துகொண்டேன் எனவும் உறுதியளிக்கிறேன்.

(வாடிக்கையாளர் கையொப்பம்) _____ தேதி _____ தொடர்பு எண் _____

Instruction & Disclaimer:/வழிமுறைகள் & நிபந்தனைகள்:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / விவரங்களை தமிழ்/ஆங்கிலத்தில் மட்டும் பூர்த்தி செய்யவும்.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail. / உள்ளடக்கத்தை புரிந்துக்கொள்வதில் ஏதேனும் முரண்பாடு இருந்தால், ஆங்கிலப் பதிப்பை பார்க்கவும்.

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, 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