

**Death Claim Form – Credit Life / मृत्यु दावा प्रपत्र- क्रेडिट लाइफ़
(Form- CGL) / (प्रपत्र – सीजीएल)**

Important Information / महत्वपूर्ण सूचना:

- 1) To be filled in by the person who is legally entitled to the policy monies
उस व्यक्ति के द्वारा भरा जाए जिसका पॉलिसी धन के लिए कानूनी तौर पर अधिकार हो
- 2) Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim
इस प्रपत्र की प्रस्तुति का अर्थ दावे की मंजूरी के रूप में नहीं लगाया जाना चाहिए
- 3) Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below
कृपया इस प्रपत्र को और आवश्यकताओं को निकटतम शाखा हब में या नीचे इंगित पते पर जमा करें

A. Details of the Claimant / दावेदार का विवरण

| | |
|---|---|
| Name of Master Policy Holder: मास्टर पॉलिसी धारक का नाम: | Relationship to member insured: बीमित सदस्य के साथ संबंध: |
| Name of Nominee: / नामित व्यक्ति का नाम: | Name of Appointee: नियुक्त व्यक्ति का नाम: |
| Date of birth & age of nominee: नामित व्यक्ति की जन्म दिनांक और आयु: | Date of birth & age of appointee: नियुक्त व्यक्ति की जन्म दिनांक और आयु: |
| Relationship to member insured: बीमित सदस्य से संबंध: | Relationship with nominee: नामित व्यक्ति के साथ संबंध: |
| Nationality: राष्ट्रीयता: | |
| Country of Residence: निवास का देश: | |
| Mailing Address: मेल का पता: | |

B. Details of the Deceased / मृतक का विवरण

| | |
|--|---|
| Insured member's Full Name: बीमित व्यक्ति का पूरा नाम: | Date of birth & age: जन्म दिनांक और आयु: |
| Gender: / लिंग: Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> / Female/ स्त्री <input type="checkbox"/> | Single life member <input type="checkbox"/> / Joint life member <input type="checkbox"/> एकल जीवन सदस्य <input type="checkbox"/> / संयुक्त जीवन सदस्य <input type="checkbox"/> |
| Last residential address:/ अंतिम आवासीय पता: | Occupation: / व्यवसाय: |
| Employer's name & address: नियोक्ता का नाम और पता: | Loan Account No: / ऋण खाता संख्या: Date of enrollment: / नामांकन की दिनांक |

C. Bank Details of the Claimant (MANDATORY): / दावेदार का बैंक विवरण (अनिवार्य):

| |
|---|
| Bank Account No / बैंक खाता सं. _____ Type of Account: / खाते का प्रकार: <input type="checkbox"/> Saving / बचत <input type="checkbox"/> Current / चालू <input type="checkbox"/> NRE / एनआरई <input type="checkbox"/> Other / अन्य |
| (In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) / (एनआरई दावेदार की स्थिति में, कृपया केवल एनआरओ खाता संख्या प्रदान करें) |
| IFS Code/ आईएफएस कोड _____ |
| Bank Name and Address/ बैंक का नाम और पता _____ |
| Note - Kindly attach a copy of bank passbook or cancelled cheque bearing account number and claimant name (MANDATORY). नोट - कृपया बैंक पासबुक या निरस्त चेक की प्रति को संलग्न करें जिस पर कि खाता संख्या और दावेदार का नाम अंकित हो. (अनिवार्य) |

D. Details about claim Particulars of the Claim: / दावे का विवरण / ब्योरा:

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| Date of death: मृत्यु की दिनांक | Time of death: मृत्यु का समय | (a.m. <input type="checkbox"/> / p.m. <input type="checkbox"/> (दोपहर से पहले <input type="checkbox"/> / दोपहर और मध्य रात्रि के बीच <input type="checkbox"/> | Place of Death: मृत्यु का स्थान |
| Immediate cause of death: _____ मृत्यु का तात्कालिक कारण: _____ | Duration of last illness: _____ अंतिम बीमारी की अवधि: _____ | | |
| When did the deceased life assured first complain of symptoms related to illness? मृतक जीवन बीमित व्यक्ति ने कब पहली बार बीमारी के लक्षणों से संबंधित शिकायत की? | | | |
| Nature of Illness then complained/ उस बीमारी की प्रकृति, जिसकी कि उस समय शिकायत की गयी थी: _____ | | | |
| Place of treatment/ उपचार का स्थान: _____ | | | |

| Name, Address & Contact No of the doctor/s consulted during the last illness: अंतिम बीमारी के दौरान परामर्श देने वाले चिकित्सक/चिकित्सकों का नाम, पता और संपर्क नंबर: | | |
|---|--|--------------------------------------|
| If Accidental Death: / यदि मृत्यु दुर्घटना से हुई हो तो: a) Date of Accident: / दुर्घटना की दिनांक: _____ b) Time of Accident: / दुर्घटना का समय: _____ (a.m. □ p.m. □) / (दोपहर से पहले / दोपहर और मध्य रात्रि के बीच.) c) Place of Accident: / दुर्घटना का स्थान: _____ | | |
| If F.I.R done: / यदि एफआईआर की गई हो तो: a) Date of F.I.R / एफआईआर की दिनांक: _____ b) F.I.R. Number: / एफआईआर संख्या: _____ c) Name of the Police Station / पुलिस स्टेशन का नाम _____ | | |
| If Post Mortem conducted: / यदि पोस्टमॉर्टम किया गया है तो: a) Post Mortem Number: / पोस्टमॉर्टम संख्या: _____ b) Date of Post Mortem: / पोस्टमॉर्टम किए जाने की दिनांक: _____ | | |
| Name & Addresses of the Doctors who treated the deceased during last three years & the ailments cured by them: उन चिकित्सकों का नाम और पता, जिन्होंने पिछले तीन वर्षों के दौरान मृतक का इलाज किया था और वे बीमारियां जिनका उन्होंने उपचार किया था: | | |
| Date of Consultation / परामर्श की दिनांक | Name & Address of Doctor/ चिकित्सक का नाम और पता | Reasons for Consultation/ परामर्श का |
| | | |

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.

घोषणा और प्रमाणीकरण:

मैं/हम एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ /करते हैं कि यहां ऊपर बताए गए कथन हर प्रकार से सत्य हैं और इस प्रपत्र को या इसके सिवाय कोई अन्य अनुपूरक को प्रस्तुत करने से या कंपनी द्वारा जांच-पड़ताल की किसी भी कार्यवाही को इस रूप में नहीं लिया जाएगा कि कंपनी ने इसकी स्वीकारोक्ति दी है कि प्रश्नाधीन जीवन पर बीमा लागू था और न ही किन्हीं अधिकारों या बचावों की छूट थी. चिकित्सा उपचार/बीमित व्यक्ति की जांच-पड़ताल दौरान प्राप्त की गयी गुप्त जानकारी को प्रदान करने की वकती तौर पर मनाही करने वाले किसी कानून, उपयोग, प्रथा या रिवाज के प्रावधानों के होते हुए भी, मैं/हम एतद द्वारा चिकित्सक या अस्पताल या पुलिस अधिकारियों या सरकारी एजेंसी या नियोक्ता या किसी अन्य संस्था/व्यक्ति को कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को, या उसके अधिकारियों या कानूनी सलाहकारों या न्यायालय या उसकी ओर से कार्य कर रही कोई जांच एजेंसी को मृतक के स्वास्थ्य की स्थिति नौकरी, वित्त या बीमा, सलाह, मृतक को मुहैया कराए गए उपचार या मृतक द्वारा कानून के विरुद्ध किसी गतिविधि में शामिल होने, संबंधी कोई भी जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं जो मृतक के स्वास्थ्य के संबंध में आवश्यक हो सकती है जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग का उपयोग, शराब का सेवन, एचआईवी(एड्स वायरस) और/या यौन रूप से संचारित बीमारियों से संबंधित जानकारी शामिल हो. इस अधिकार पत्र की फोटोस्टेट प्रति को मूल प्रति के समान ही प्रभावी और मान्य समझा जाए. मैं बीमाकर्ता को मेरे उपरोक्त उल्लेख किए गए बैंक खाते में धन का प्रत्यक्ष/इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्तांतरण करने के लिए भी अधिकृत करता/करती हूँ. कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को कोई भी कारण बताकर/बताए बिना आपके बैंक खाते में क्रेडिट न होने की स्थिति में या लेन-देन देरी से होने या अपूर्ण/गलत जानकारी के कारण पूर्ण रूप से प्रभावी न होने के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराया जा सकता. इसके अलावा, प्रत्यक्ष क्रेडिट न हो सकने की स्थिति में कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड डिमांड ड्राफ्ट/सममूल्य पर देय चेक सहित कोई भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने के अधिकार को सुरक्षित रखती है. क्रेडिट केवल दावेदार द्वारा प्रदान की गई दावेदार खाता संख्या जानकारी के आधार पर ही प्रभावी होगा और उसके दावेदार नाम विवरणों का उपयोग नहीं किया जाएगा.

मैं अपने द्वारा यहाँ या ऊपर प्रदान किए गए या भविष्य में मेरे द्वारा कंपनी को प्रदान किए जाने वाले किसी अन्य संपर्क नंबरों और ई-मेल आईडी पर फोन कॉल/पाठ संदेशों के माध्यम से समय-समय पर मेरे प्रस्ताव/पॉलिसी के संबंध में अपडेट/जानकारी भेजने के लिए कंपनी को अधिकृत करता/करती हूँ.

Signature/left hand thumb impression (If illiterate) of Claimant
 दावेदार के हस्ताक्षर/बाएं हाथ के अंगूठे का निशान
 (यदि अशिक्षित हो तो)
 Name / नाम _____
 Company Seal/ कंपनी की सील _____
 Address/ पता _____

 Date/ दिनांक _____

Signature of Witness(Mandatory)
 गवाह के हस्ताक्षर(अनिवार्य)
 Name/ नाम _____
 Address/ पता _____

 Date /दिनांक _____
 Employment details from the list below
 नीचे दी गई सूची से नौकरी का विवरण

(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.)

(इस प्रपत्र को निम्न में से एक के द्वारा प्रमाणित करना होगा: (1) कंपनी का एजेंट, (2) कंपनी का रिलेशनशिप प्रबंधक, (3) वितरण बैंक का शाखा प्रबंधक, (4) रबर स्टॉप के साथ राष्ट्रीयकृत बैंक का बैंक प्रबंधक, (5) कोई गैजेटेड अधिकारी, (6) किसी सरकारी स्कूल के हेड मास्टर/प्रिंसिपल, (7) मजिस्ट्रेट (8) कंपनी का कोई कर्मचारी.)

Requirements to be submitted along with this form*:
इस प्रपत्र के साथ सबमिट की जाने वाली आवश्यकताएं*:

| | |
|--|--------------------------|
| 1. Original Certificate of Insurance/1. बीमा का मूल प्रमाण-पत्र | <input type="checkbox"/> |
| 2. Death certificate issued by municipal authorities/ नगर-निगम अधिकारियों द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र | <input type="checkbox"/> |
| 3. Out Standing Loan Statement/ अदत्त ऋण के विवरण | <input type="checkbox"/> |
| 4. Copy of self attested Bank passbook/cancelled cheque / स्व-हस्ताक्षरित बैंक पासबुक/रद्द किए गए चेक की प्रतिलिपि | <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) भलीभांति भरे गये और हस्ताक्षरित कंपनी के विशिष्ट दावा फॉर्मेट - दावेदारों के कथन, चिकित्सक का कथन, उपचार करने वाले अस्पताल का प्रमाणपत्र और अस्पताल के रिकार्ड (छुट्टी का सारांश, एडमिशन नोट, जांच रिपोर्टें, मेडिकल प्रिस्क्रिप्शन आदि) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Standard age proof of the Insured Member/ बीमित व्यक्ति का मानक आयु प्रमाण पत्र | <input type="checkbox"/> |
| 7. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested)/ दावेदार का फोटोयुक्त पहचान-पत्र और पते का प्रमाण (विधिवत प्रमाणित) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Post-mortem/ chemical viscera report (if performed)/ पोस्टमॉर्टम/ रासायनिक विसरा रिपोर्ट (यदि किया गया है तो) | <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 केवल असामान्य या दुर्घटना में हुई मृत्यु की स्थिति में पुलिस रिपोर्ट (प्रथम सूचना रिपोर्ट, पंचनामा, पुलिस जांच रिपोर्ट और पुलिस की अंतिम रिपोर्ट) | <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) यदि बीमित व्यक्ति दुर्घटना के समय ड्राइव कर रहा था तो ड्राइविंग लाइसेंस की प्रतिलिपि (केवल दुर्घटना मृत्यु दावे की स्थिति में और यदि पॉलिसी में अतिरिक्त दुर्घटना राइडर हो तो) | <input type="checkbox"/> |

- * Processing of the requests will be initiated on receipt of this form at any of our Company's Offices.
- * हमारी कंपनी के किसी कार्यालय में इस फॉर्म के प्राप्त होने पर ही अनुरोधों के लिए प्रक्रिया प्रारंभ की जाएगी.
- * Company reserves the right to call for any additional requirements
(Please tick ✓ against the document provided along with this form)
- * कंपनी किसी अतिरिक्त आवश्यकताओं के लिए कॉल करने का अधिकार अपने पास सुरक्षित रखती है
(इस प्रपत्र के साथ प्रदान किए गए दस्तावेज़ के सामने सही ✓ का निशान लगाएं)

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. _____

घोषणा, यदि यह फॉर्म मातृभाषा में साइन किया गया हो अंगूठे का निशान:

मैं, _____, _____, का पुत्र/की पुत्री, _____ की निवासी एक वयस्क एतद द्वारा यहां घोषित करता/करती हूं कि इस प्रपत्र की सामग्री को मुझे पूरी तरह से _____ भाषा में समझाया गया है और मैंने समझ लिया है.

(ग्राहक के हस्ताक्षर) _____ दिनांक _____ संपर्क नं. _____

Instruction & Disclaimer: / निर्देश और अस्वीकरण:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
कृपया विवरण केवल हिंदी/अंग्रेज़ी में ही भरें.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
सामग्री की व्याख्या करने में किसी भी असहमति की स्थिति में, अंग्रेज़ी संस्करण ही प्रबल होगा

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