

## Disability Claim Form D-C / विकलांगता दावा प्रपत्र D-C

Important Information: / महत्वपूर्ण जानकारी:

- Claim settlement process doesn't require any payment of fee to anyone etc. In case anyone asks for it, then claimant must inform the Company at Toll free number 1800-180-0003,1800-103-0003**  
दावा निपटान प्रक्रिया में किसी भी व्यक्ति को कोई भी शुल्क देने की आवश्यकता नहीं होती है। यदि कोई इसके लिए कहता है, तो दावेदार को कंपनी के टोल फ्री नंबर 1800-180-0003,1800-103-0003 पर सूचित करना चाहिए
- The benefit is payable subject to the policy being in force on the date of event and also subject to the fulfillment of all terms and conditions / definitions as stated in the policy  
पॉलिसी में उल्लेखित घटना की दिनांक और नियमों व शर्तों / परिभाषाओं के पूर्ण होने पर ही देय का लाभ प्राप्त होगा
- To be filled in by the Policyholder preferably  
प्राथमिक रूप से पॉलिसीधारक द्वारा ही भरा जाए
- Submission of this form should not be construed as acceptance of the claim  
इस प्रपत्र के जमा करने का आशय दावे की स्वीकृति नहीं माना जाना चाहिए
- Please submit this form and the requirements at the nearest branch or at the address as indicated below  
कृपया यह प्रपत्र और आवश्यक दस्तावेज़ निकटतम शाखा या नीचे उल्लेखित पते पर जमा करें

Policy no(s): / पॉलिसी क्र. \_\_\_\_\_

### 1. Details of the Disabled: / निःशक्तजन का विवरण:

Name: / नाम: \_\_\_\_\_ Age at Claim: / दावे के समय आयु: \_\_\_\_\_ years: / वर्ष: \_\_\_\_\_  
Residential Address: / आवासीय पता: \_\_\_\_\_  
Pin: / पिन: \_\_\_\_\_

### 2. Details of the Claimant if different from Disabled / Policyholder / यदि निःशक्तजन / पॉलिसी धारक अलग हो तो दावेदार का विवरण:

Name: / नाम: \_\_\_\_\_ Relationship with Disabled: / निःशक्त से संबंध:  Self / स्वयं   
other: / अन्य: \_\_\_\_\_ Nationality/राष्ट्रीयता: \_\_\_\_\_ County of Residence/निवास का देश: \_\_\_\_\_  
Claiming as: / दावे का प्रकार:  Nominee / नामित व्यक्ति  Assignee / समुनिदेशिती  Other / अन्य \_\_\_\_\_  
Contact Address: / संपर्क पता: \_\_\_\_\_ Pin / पिन \_\_\_\_\_  
Telephone: टेलीफोन \_\_\_\_\_ Mobile: / मोबाइल: \_\_\_\_\_ E-mail ID: / ई-मेल आईडी: \_\_\_\_\_  
PAN Number/ Form 60 \_\_\_\_\_  
Please enclose a copy of self attested photo ID proof (Please tick whichever is submitted)  
कृपया फोटो ID प्रमाण की एक स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें (कृपया जो भी सबमिट करें उसे चिह्नित करें)  
 Passport / पासपोर्ट  Driving License / ड्राइविंग लाइसेंस  Voter's ID card वोटर आईडी कार्ड  PAN card / पैन कार्ड  
 Company ID card / कंपनी आईडी कार्ड  Other: / अन्य:

### 3. Details of person entitled to receive disability claim proceeds under the policy (MANDATORY):

पॉलिसी के तहत विकलांगता क्लेम प्राप्त करने वाले हकदार व्यक्ति का विवरण (अनिवार्य):

Bank Account No./बैंक खाता क्र. \_\_\_\_\_ Type of Account:  saving  Current  NRE  NRO  
खाता प्रकार:  बचत  चालू  एनआरई  एनआरओ  
(In case of NRI Claimant, please provide NRO account number only) / (NRI दावेदार के मामले में, कृपया केवल NRO खाता क्रमांक उपलब्ध कराएं)  
IFS Code/आईएफएस कोड \_\_\_\_\_  
Bank Name and Address/बैंक का नाम व पता \_\_\_\_\_  
Note- Kindly attach a copy of **cancelled cheque** with account number and name of the account holder printed on it or Copy of self-attested **Bank Account Statement / Bank Passbook**.  
नोट- कृपया **चेक** पर मुद्रित खाता संख्या और खाता धारक का नाम डालकर **रद्द किए हुए चेक** की एक प्रति संलग्न करें या **बैंक खाता विवरण / बैंक पासबुक** की एक स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें.

### 4. Particulars of Accident: / दुर्घटना का ब्यौरा:

Date and Time of Accident: \_\_\_\_\_ Exact place of accident: \_\_\_\_\_  
दुर्घटना का दिनांक और समय: \_\_\_\_\_ दुर्घटना का सही स्थान: \_\_\_\_\_  
How did the accident occur? \_\_\_\_\_  
दुर्घटना कैसे हुई? \_\_\_\_\_  
Name & address of Police Station where FIR has been lodged: / उस पुलिस स्टेशन का नाम व पता, जहाँ FIR दर्ज की गई: \_\_\_\_\_

**5. Particulars of illness: (which preceded the current condition of disability):/बीमारी का ब्यौरा: (जो विकलांगता की मौजूदा स्थिति से पहले था):**

Name of the illness / Diagnosis: \_\_\_\_\_  
बीमारी का नाम / बीमारी की पहचान: \_\_\_\_\_

Initial symptoms were noted on: \_\_\_\_\_ Date of Diagnosis: \_\_\_\_\_  
नोट किए गए प्रारंभिक लक्षण: \_\_\_\_\_ बीमारी पहचान की दिनांक: \_\_\_\_\_

Initial signs and symptoms: \_\_\_\_\_  
प्रारंभिक संकेत व लक्षण: \_\_\_\_\_

Details of doctor who first diagnosed the illness;  
रोग का निदान करने वाले पहले चिकित्सक का विवरण: \_\_\_\_\_

**6. Details of Disability: /नि:शक्तता का विवरण:**

Please mention the activities that the Disabled is Not able to perform currently:/उस गतिविधि का उल्लेख करें, वर्तमान में नि:शक्त जिसे करने में असमर्थ हो:

Hearing /सुनना  Speaking /बोलना  Seeing /देखना

Moving around /आसपास घूमना  Bathing /नहाना  Dressing /कपड़े पहनना

Walking /टहलना  Commuting /आने-जाने योग्य  Feeding himself /स्वयं भोजन करना

Using the toilet /शौचालय का उपयोग

Name the parts of the body affected; \_\_\_\_\_ Date of disability: \_\_\_\_\_  
शरीर के प्रभावित अंगों के नाम; \_\_\_\_\_ विकलांगता की दिनांक: \_\_\_\_\_

Nature of disability: \_\_\_\_\_  
विकलांगता का लक्षण: \_\_\_\_\_

**7. Treatment taken by Disabled due to Illness / Accident:/बीमारी / दुर्घटना के कारण नि:शक्त द्वारा लिया गया उपचार:**

Date of admission in the hospital: \_\_\_\_\_  
अस्पताल में भर्ती करने की दिनांक: \_\_\_\_\_

Date of discharge from the hospital: \_\_\_\_\_  
अस्पताल से डिस्चार्ज की दिनांक: \_\_\_\_\_

Date & time of Surgery: \_\_\_\_\_  
सर्जरी की दिनांक व समय: \_\_\_\_\_

Name of surgery: \_\_\_\_\_  
सर्जरी का नाम: \_\_\_\_\_

Name & Address of the hospital(s) where the Treatment was taken: \_\_\_\_\_  
जहाँ उपचार लिया गया, उस अस्पताल का नाम और पता \_\_\_\_\_

Pin code: \_\_\_\_\_ Tel No. \_\_\_\_\_  
पिन कोड: \_\_\_\_\_ टेलीफोन नं. \_\_\_\_\_

Name, Designation & Qualification of the Physician / surgeon: \_\_\_\_\_  
फिजीशियन / सर्जन का नाम, पदनाम और शिक्षा \_\_\_\_\_

Tel No. \_\_\_\_\_  
टेलीफोन नं \_\_\_\_\_

**8. Details of follow up treatment till date:/इस दिनांक तक उपचार के फॉलो अप का विवरण:**

Dates of the treatment उपचार की दिनांक		Nature of the treatment उपचार का स्वरूप	Name of the treating doctor उपचार कर रहे चिकित्सक का नाम	Hospital / Clinic Name, address & Telephone no. अस्पताल / क्लीनिक का नाम, पता और टेलीफोन नं
From/से	To/तक			

**9. Employment Details:/ रोज़गार का विवरण:**

**a. Prior to disability:/ निःशक्तता से पहले:**

Name of the Company / Business: \_\_\_\_\_  
कंपनी / व्यवसाय का नाम:

Designation of Disabled: \_\_\_\_\_ Exact nature of the job: \_\_\_\_\_  
निःशक्तजन का पद: काम की सही प्रकृति:

---

**b. Post disability:/ निःशक्तता के बाद:**

Is the Disabled currently employed?  Yes.  No. If yes, then please give following details:  
क्या निःशक्तजन वर्तमान में नौकरी पर है?  हाँ.  नहीं. यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित विवरण दें:

Name of the Company / Business: \_\_\_\_\_ Designation of Disabled: \_\_\_\_\_  
कंपनी / व्यवसाय का नाम: निःशक्तजन का पद:

Exact nature of the job: \_\_\_\_\_  
काम की सही प्रकृति:

Department: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
विभाग: पता:

---

Pin code: \_\_\_\_\_ Tel No. \_\_\_\_\_  
पिन कोड: टेलीफोन नं

If not employed, then date from which the Disabled stopped working:  
यदि कार्यरत नहीं है, तो वह दिनांक जबसे निःशक्तजन ने कार्य करना बंद किया:

Date by which the Disabled is expected to return to work: \_\_\_\_\_  
वह संभावित दिनांक, जब से निःशक्तजन कार्य पर वापस जाना चाहता हो:

---

Has the disabled applied for any jobs  Yes  No  
क्या निःशक्तजन ने किसी नौकरी के लिए आवेदन किया है?  हाँ  नहीं

If yes, please mention the nature of job applied  
यदि हाँ, तो कृपया आवेदित कार्य की प्रकृति का उल्लेख करें

---



---

**10. If the Disabled is currently undergoing any rehabilitation program, please give details such as name of the institute, duration and nature of program:**

यदि निःशक्तजन वर्तमान में किसी पुनर्वास कार्यक्रम के दौर से गुज़र रहा हो, तो कृपया संस्थान का नाम, कार्यक्रम की अवधि व प्रकृति का विवरण दें:

Name of the Institute संस्थान का नाम	Duration अवधि	Nature of Program कार्यक्रम की प्रकृति

**11. Particulars of other Life Insurance / Mediclaim / Personal accident policies held by the Disabled:**

निःशक्तजन द्वारा ली गई अन्य जीवन बीमा / मेडीक्लेम / व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी का विवरण:

Policy No. / पॉलिसी क्र.	1	2	3
Name of the company / कंपनी का नाम			
Commencement date / प्रारंभ दिनांक			
Sum Assured / बीमित राशि			
Riders opted / राइडर चुना गया			
Year of Claim / दावे का वर्ष			
Cause of Claim / दावे का कारण			
Amount of Claim / दावा राशि			
Status of the Claim / दावे की स्थिति			

**12. Declaration and Authorization: / घोषणा और प्रमाणीकरण:**

I/We do hereby declare that the information provided hereinabove is true in each and every respect and the settlement of claim shall strictly be in accordance with the policy terms and conditions. I irrevocably authorize all the medical establishments (medical labs included), government institutions/ agencies (police authorities, revenue, etc.) to reveal/share mental and physical treatment information (past and present) including HIV/AIDS and others, related to the Life Assured, to Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Co. Ltd ("Company") and/or its agents and authorized representatives. I authorize the Company to share and obtain information, including financial details, on my/our behalf with any reinsurer, insurance association, medical authorities, other insurers, statutory authorities, employer, court, governmental body, regulator, an investigation agency or other service provider(s) for settlement of claim, etc. without obtaining my specific consent for such sharing and I hereby provide my consent for the same. A photo copy of this declaration shall be considered as valid and effective.

मैं/हम इसके द्वारा घोषणा करते हैं कि इसमें ऊपर दिया गया वक्तव्य हर लिहाज से सही है और इस फार्म या ऊपर के किसी अन्य अनुपूरक को प्रस्तुत करने या कंपनी द्वारा पूछताछ की कोई कार्रवाई को इस रूप में नहीं लिया जाएगा कि कंपनी ने इस बात को स्वीकार कर लिया है कि प्रश्नाधीन जीवन पर बीमा लागू था और न ही किन्हीं अधिकारों या बचावों की छूट थी। चिकित्सा उपचार/अपंग व्यक्ति की छानबीन के दौरान हासिल की गई 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 इसके द्वारा डॉक्टर या अस्पताल या पुलिस अधिकारियों या सरकारी एजेंसी या नियोक्ता या किसी अन्य संस्थान / व्यक्तियों को इसके लिए अधिकृत करते हैं कि वह कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या उसके कार्यालयों या विधि सलाहकारों या अदालत या उसकी ओर से काम करने वाली किसी जांच एजेंसी को अपंग के स्वास्थ्य की स्थिति, रोजगार, वित्त पोषण या बीमा, सलाह, मृतक को मुहैया कराए गए उपचार या कानून के विरुद्ध किसी गतिविधि से मृतक के जुड़ाव की बाबत जानकारी, मानसिक बीमारी, मादक द्रव्यों के उपयोग, अल्कोहल का सेवन, एचआईवी (एड्स विषाणु) और / या यौन संचारी रोगों से जुड़ी जानकारी समेत मृतक के स्वास्थ्य से संबंधित ऐसी कोई जानकारी जोकि हो सकता है कि आवश्यक हो। इस अधिकार-पत्र की फोटोस्टेट प्रति को मूल प्रति के जितना ही प्रभावी और वैध समझा जाएगा। इसके अलावा मैं बीमाकर्ता को अपने ऊपर बताए गए बैंक खाते में धन के सीधे इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण के लिए भी अधिकृत करता हूँ। कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को उस दशा में जिम्मेदार नहीं ठहराया जा सकता, जबकि आपके बैंक खाते में धन नहीं पहुंचा हो और इसके लिए कोई कारण दिया गया हो या नहीं या लेनदेन अगर विलंब से हुआ हो या अधूरी / गलत जानकारी के कारण अमल में नहीं आया हो। इसके अलावा, कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड डिमांड ड्राफ्ट / सममूल्य पर देय चेक, जबकि प्रत्यक्ष क्रेडिट को क्रियान्वित नहीं किया जा सकता हो, समेत भुगतान के किसी दूसरे विकल्प के उपयोग के अधिकार को अपने पास सुरक्षित रखती है। खाते में जमा रकम को दावेदार द्वारा मुहैया कराई गई दावेदार की खाता संख्या की जानकारी के आधार पर ही प्रभावी बनाया जाएगा और उसके दावेदार के नाम के विवरणों का उपयोग नहीं किया जाएगा। मैं रिकॉर्ड और दावा निष्कासन के उद्देश्य से कंपनी को दावा निपटान के विवरणों को मुख्य पॉलिसीधारक से साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.

Signature/left hand thumb impression of Claimants / Nominee  
दावेदार के हस्ताक्षर/बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

Name/ नाम \_\_\_\_\_

Address/ पता \_\_\_\_\_

Date / /   
दिनांक

Name & signature of the witness

साक्षी का नाम और हस्ताक्षर

Name/ नाम \_\_\_\_\_

Relation with claimant \_\_\_\_\_

दावेदार के साथ संबंध

Mobile number \_\_\_\_\_

मोबाइल नंबर

Address/ पता \_\_\_\_\_

Date / /   
दिनांक

**Declaration in case of an illiterate claimant/s** should be made by a person who is unconnected to the company and whose identity can be easily established:

**दावेदारों की स्थिति में घोषणा** किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा की जानी चाहिए जो कंपनी से जुड़ा नहीं है और जिसकी पहचान को आसानी से स्थापित किया जा सके:

" I hereby declare that the contents of this form are explained by me in \_\_\_\_\_ language understood by the claimant and that he/she has/have affixed his/her thumb impression to this form after fully understanding the contents thereof "

"मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र की सामग्री को मेरे द्वारा दावेदार को समझने वाली \_\_\_\_\_ भाषा में समझाया गया है और यह कि उसने इसमें दी गई सामग्री को पूर्ण रूप से समझने के बाद अपने अंगूठे के निशान इस प्रपत्र में लगाए हैं "

Employment details from the list below \_\_\_\_\_  
नीचे दी गई सूची से नौकरी के विवरण

(This form must be witnessed by any one of the following: (1) An agent of the Company, (2) A Relationship Manager of the Company, (3) A Branch Manager of the distributing 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, (7) A Magistrate (8) Any employee of the Company.)

(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 फॉर्म के साथ संलग्न किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेज़\*:**

Requirements/ आवश्यकता	Please tick if Submitted यदि प्रस्तुत किया गया, तो चिह्नित करें
1. Original Policy Bond/ मूल पॉलिसी बांड	<input type="checkbox"/>
2. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested) / दावाकर्ता का फोटो ID और पता प्रमाण (विधिवत अनुप्रमाणित)	<input type="checkbox"/>
3. Copy of self attested Bank Passbook/cancel cheque/ बैंक की पासबुक/रद्द चेक की प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/>
4. Physician's Statement (Form D-P) / चिकित्सकों के वक्तव्य (फॉर्म D-P)	<input type="checkbox"/>
5. Treating Hospital Certificate (Form D-H) / उपचार करने वाले अस्पताल का प्रमाण पत्र (फॉर्म D-H)	<input type="checkbox"/>
6. Medical records from Hospitals & Doctors (Admission notes, progress sheets, Discharge summary, reports of diagnostic tests, medical prescriptions, etc)/ अस्पतालों और चिकित्सकों के मेडिकल रिकॉर्ड (एडमिशन नोट्स, प्रगति पत्रक, डिस्चार्ज समरी, डायग्नोस्टिक परीक्षणों की रिपोर्ट, चिकित्सीय निर्देश, आदि)	<input type="checkbox"/>
7. Employer Certificate (Form D-E) / नियोक्ता प्रमाण पत्र (फॉर्म D-E)	<input type="checkbox"/>
8. First Information Report (FIR) / प्रथम सूचना रिपोर्ट (FIR)	<input type="checkbox"/>
9. Panchnama, Police Investigation Report/ पंचनामा, पुलिस जांच रिपोर्ट	<input type="checkbox"/>
10. Newspaper Clippings, if available / अखबार की कतरनें, यदि उपलब्ध हों	<input type="checkbox"/>
11. Copy of Driving License if Disabled was driving at the time of accident (only in case of accidental disability claims) यदि दुर्घटना वाहन चलाने के समय हुई थी, तो ड्राइविंग लाइसेंस की प्रति (केवल दुर्घटना विकलांगता दावों के मामले में)	<input type="checkbox"/>

\* Company reserves the right to call for any additional requirements.  
कोई भी अतिरिक्त जानकारी चाहने के लिए कंपनी के पास अधिकार सुरक्षित हैं।

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

Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited (IRDA Regn. No. 136)

केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (आईआरडीए पंजी.सं. 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@canarahsbclife.in, Website : www.canarahsbclife.com

आर्किड बिजनेस पार्क, दूसरी मंजिल, सेक्टर - 48, सोहना रोड, गुरुग्राम - 122018, हरियाणा, भारत पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 208, दूसरी मंजिल, कंचनजुंगा बिल्डिंग, 18 बाराखंभा रोड, नई दिल्ली - 110001, भारत, कॉर्पोरेट पहचान सं.- U66010DL2007PLC248825, संपर्क 1800-180-0003, 1800-103-0003 (टेली.)/ +91 0124 4535099 (फैक्स) /ईमेल: customerservice@canarahsbclife.in, वेबसाइट : www.canarahsbclife.com