

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

Important Information: / महत्वपूर्ण जानकारी:

- 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: _____
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: _____
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: / खाता प्रकार: saving / बचत Current / चालू
 NRE Other / अन्य
(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: / दुर्घटना का दिनांक और समय: _____ Exact place of accident: / 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 / नोट किए गए प्रारंभिक लक्षण: _____ Date of Diagnosis/ 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/ निःशक्तता का विवरण:

Name the parts of the body affected / शरीर के प्रभावित अंगों के नाम _____
 Date of disability / विकलांगता की दिनांक: _____ Nature of disability/ विकलांगता का लक्षण: _____

7. Treatment taken by Disabled due to Illness / Accident / बीमारी / दुर्घटना के कारण निःशक्त 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/ पिन कोड: _____ Tel No/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. Please mention the activities that the Disabled is Not able to perform currently: / उस गतिविधि का उल्लेख करें, वर्तमान में निःशक्त जिसे करने में असमर्थ हो:

<input type="checkbox"/> Hearing / सुनना	<input type="checkbox"/> Speaking / बोलना	<input type="checkbox"/> Seeing / देखना
<input type="checkbox"/> moving around / आसपास घूमना	<input type="checkbox"/> Bathing / नहाना	<input type="checkbox"/> Dressing / कपड़े पहनना
<input type="checkbox"/> Walking / टहलना	<input type="checkbox"/> Commuting / आने-जाने योग्य	<input type="checkbox"/> Feeding himself / स्वयं भोजन करना
<input type="checkbox"/> Using the toilet / शौचालय का उपयोग		

10. Employment Details/ रोज़गार का विवरण

a. Prior to disability/ निःशक्तता से पहले:
 Name of the Company / Business/ कंपनी / व्यवसाय का नाम: _____
 Designation of Disabled / निःशक्तजन का पद: _____ Exact nature of the job / 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/ कंपनी / व्यवसाय का नाम: _____
 Designation of Disabled/ निःशक्तजन का पद: _____ Exact nature of the job/ काम की सही प्रकृति: _____
 Department / विभाग: _____ Address/ पता: _____
 _____ Pin code/ पिन कोड: _____ Tel No. /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/ क्या निःशक्तजन ने किसी नौकरी के लिए आवेदन किया है? Yes/ हाँ No/ नहीं
 If yes, please mention the nature of job applied / यदि हाँ, तो कृपया आवेदित कार्य की प्रकृति का उल्लेख करें

11. 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

**12. 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			

13. 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 defences. 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 Disabled, 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 state of health of the Disabled, employment, finances or insurance, advice, treatment provided to the Disabled or involvement of the Disabled in any activity against law, or any information that may be required concerning the health of the Disabled 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 share the details of the claim settlement to the Master Policyholder for purposes of records and claim discharge.

घोषणा और प्रमाणीकरण:

मैं/हम इसके द्वारा घोषणा करते हैं कि इसमें ऊपर दिया गया वक्तव्य हर लिहाज से सही है और इस फॉर्म 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 इश्योरेंस 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 हूं। कैनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इश्योरेंस 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 इश्योरेंस 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 हूं।

Signature/left hand thumb impression
(if illiterate) of Claimant

हस्ताक्षर/दावाकर्ता के बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान
(यदि निरक्षर हो तो)

Name/ नाम _____

Address/ पता _____

Date/ दिनांक _____

Signature of Witness (Mandatory)/ गवाह के हस्ताक्षर (अनिवार्य) _____ Date/ दिनांक _____

Name / नाम _____ Address/ पता _____

Employment details from the list below / नीचे दी गई सूची से रोजगार 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 फॉर्म में निम्नलिखित में से किसी एक की गवाही होना चाहिए: (1) कंपनी के निर्दिष्ट व्यक्ति, (2) कंपनी के रिलेशनशिप मैनेजर, (3) भागीदार बैंक के प्रबंधक, (4) रबर की मुहर के साथ राष्ट्रीयकृत बैंक के प्रबंधक, (5) राजपत्रित अधिकारी, (6) प्रधानाध्यापक/शासकीय विद्यालय के प्रधानाचार्य, (8) मजिस्ट्रेट।)

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 ” _____

(Signature of the Witness) _____

Name _____ Address _____ Contact _____

“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” _____

(गवाह के हस्ताक्षर) _____

नाम _____ पता _____ संपर्क _____

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 Cancelled cheque bearing account number and claimant name or copy of Bank Passbook खाता क्रमांक दर्ज किया हुआ रद्द चैक और दावाकर्ता का नाम या बैंक पासबुक की प्रति	<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 चलाते 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।

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 अँगूठे का निशान:

मैं, _____, का पुत्र/की पुत्री, _____ की निवासी एक वयस्क एतद् द्वारा यहां घोषित करता/करती हूँ 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/ घोषणा और अस्वीकरण:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / कृपया विवरण केवल हिन्दी/अंग्रेजी 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, अंग्रेजी संस्करण ही प्रबल होगा

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

2nd Floor, Orchid Business Park, Sector - 48, Sohna Road, Gurugram - 122018, Haryana, 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@canarahlife.in, Website : www.canarahlife.com