



CLS000101



Life Insurance

Death Claim Form (Form – C) / मृत्यु दावा प्रपत्र (प्रपत्र- C)

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/hub 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

Policy no(s): / पॉलिसी संख्या: _____ Claimed Amount: / दावा राशि: _____**A. Details of the Deceased / मृतक का विवरण**

Name / नाम _____	Age at Death <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> years / मृत्यु के समय आयु <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> वर्ष
Residential Address / आवासीय पता _____	
Occupation / व्यवसाय _____	Annual Income (p.a.) / वार्षिक आय (प्र.व) _____ INR / आईएनआर
Name of the employer (if salaried) _____	Address / पता _____
नियोक्ता का नाम (यदि वैतनिक हो तो) _____	
Contact no. / संपर्क नं. _____	
Date on which deceased last attended his/her usual work <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
वह दिनांक जिस दिन मृतक व्यक्ति अंतिम बार उसके सामान्य कार्य पर उपस्थित था <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

B. Details of the Claimant (In case of more than one claimant, please attach additional sheet)**दावेदार का विवरण (एक से अधिक दावेदार की स्थिति में, कृपया अतिरिक्त शीट अनुलग्न करें)**

Name(s) / नाम _____	Relation to the life assured / बीमित व्यक्ति के साथ संबंध _____
Date of Birth/ जन्म दिनांक <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mailing Address / डाक का पता _____
_____	Telephone / टेलीफोन _____ Mobile / मोबाइल _____
E-mail ID / ईमेल 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)	
<input type="checkbox"/> Passport / पासपोर्ट	<input type="checkbox"/> Driving License / ड्राइविंग लाइसेंस
<input type="checkbox"/> Voter's ID card / मतदाता पहचान पत्र	<input type="checkbox"/> PAN card / पैन कार्ड
<input type="checkbox"/> Company ID card / कंपनी पहचान पत्र <input type="checkbox"/> Other, please specify / अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें _____	

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 / आई एफ एस कोड _____	
Bank Name and Address / बैंक का नाम और 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.	



CLS000101



Life Insurance

D. Particulars of the Claim / दावे का विवरण / ब्योरा

Date of death: / / Time of death: : (a.m. / p.m. Place of Death: /
मृत्यु का समय: (दोपहर से पहले. / दोपहर बाद से लेकर मध्य-रात्रि तक. मृत्यु का स्थान:
Cause of Death: / मृत्यु का कारण: _____
Duration of last illness Details on the circumstances of the life assured's death (Please attach a separate sheet) / अंतिम बीमारी की अवधि बीमित व्यक्ति की मृत्यु की परिस्थितियों के विवरण (कृपया एक अलग शीट अनुलग्न करें)

Date of cremation/burial / / Place of cremation/burial _____
अंतिम संस्कार/अंत्येष्टि की दिनांक / / अंतिम संस्कार/अंत्येष्टि का स्थान _____
If death has occurred abroad, please attach a separate sheet with following details: Details of Passport (number, date of issue); Date of the deceased insured last leaving India; Details of when and how the body was transported back to India, if applicable.
यदि मृत्यु विदेश में हुई है, तो कृपया निम्न विवरणों के साथ एक अलग शीट अनुलग्न करें: पासपोर्ट के विवरण (नंबर, जारी करने की दिनांक); मृतक के अंतिम बार भारत छोड़ने की दिनांक; यदि लागू हो तो, शव को वापस भारत कब और कैसे लाया गया उसका विवरण..

When did the deceased life assured first complain of not in good health? _____
मृतक बीमित व्यक्ति ने पहली बार अच्छा स्वास्थ्य न होने की शिकायत कब की? _____
Where and from where did the life assured take treatment for this _____
कहां और कहां से बीमित व्यक्ति ने इसके लिए उपचार लिया _____
Nature of Illness then complained _____
उस समय जिस बीमारी की शिकायत की गयी थी उसकी प्रकृति _____
Name & Address of the doctor/s who were consulted during the last illness and the doctor who had declared the death
उस चिकित्सक/उन चिकित्सकों का नाम और पता जिनसे कि अंतिम बीमारी के दौरान परामर्श प्राप्त किया गया था और वह चिकित्सक जिसने मृत्यु की घोषणा की _____
_____. Doctor's Contact no. / चिकित्सक का संपर्क नं. _____

Name of Police station where death was recorded / पुलिस स्टेशन का नाम जहां मृत्यु रिकॉर्ड की _____
Date of FIR / एफआईआर की दिनांक / / FIR no. / एफआईआर नं. _____
Date of Post-mortem / पोस्टमॉर्टम की दिनांक / / Post-mortem no. / पोस्टमॉर्टम नं. _____
If death is due to accident: / यदि मृत्यु दुर्घटना से हुई हो तो: _____
Date of accident / दुर्घटना की दिनांक / / ; Time of accident दुर्घटना का समय : (a.m. / p.m.); (दोपहर से पहले/ दोपहर बाद से लेकर मध्य-रात्रि तक.);
Place of accident / दुर्घटना का समय _____
Short description of how the accident occurred (please attach separate sheet)
दुर्घटना कैसे हुई इसका संक्षिप्त विवरण (कृपया एक अलग शीट अनुलग्न करें)

E. Name and addresses of all the doctors and usual doctor consulted by the deceased for any illness during the last 5 years / उन सभी चिकित्सकों के और सामान्य चिकित्सक का नाम और पता, जिनसे मृतक व्यक्ति ने पिछले 5 वर्षों के दौरान किसी भी बीमारी के लिए परामर्श प्राप्त किया था

S. No. / क्र. सं.	Name & Address of the doctor with Contact no. / संपर्क नं सहित चिकित्सक का नाम और पता	Date of consultation / परामर्श की दिनांक	Diagnosis / निदान	Treatment Details / उपचार विवरण



CL5000101



Life Insurance

F. Details of Other Life Insurance and Mediciam policies on the life of the deceased: / मृतक के जीवन पर ली गई अन्य जीवन बीमा और मेडिकलेम पॉलिसियों का विवरण:

S. No. / क्र. सं.	Policy No. / पॉलिसी सं.	Name of Company / कंपनी का नाम	Policy Date / पॉलिसी दिनांक	Basic Sum Assured (Rs.) / मूल बीमा राशि (₹)	Rider Benefit amount (Rs.) / राइडर लाभ राशि (₹)	Claim Status दावा स्थिति

G. 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 share the details of the claim settlement to the Master Policyholder for purposes of records and claim discharge.

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 वक्ती 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 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.



CL5000101



OBC

Life Insurance

Signature/left hand thumb impression

(If illiterate) of Claimant 1

दावेदार 1 के हस्ताक्षर/बाएं हाथ के अंगूठे

का निशान (यदि अशिक्षित हो तो)

Name / नाम _____

Address / पता _____

Date / दिनांक □□/□□/□□□□

Signature/left hand thumb impression

(If illiterate) of Claimant 2

दावेदार 2 के हस्ताक्षर/बाएं हाथ के अंगूठे

का निशान (यदि अशिक्षित हो तो)

Name / नाम _____

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 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 गैज़ेटेड अधिकारी, (6) किसी सरकारी स्कूल के हेड मास्टर/प्रिंसिपल, (7) मजिस्ट्रेट (8) कंपनी का कोई कर्मचारी.)

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 _____



CLS000101



Life Insurance

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

For Nil Death Benefit plans/ Paid-up policies/ Pure pension plans / निल मृत्यु लाभ याजनाओं/ पेड-अप पॉलिसियों / शुद्ध पेंशन योजनाओं के लिए	
1. Original Policy Bond / वास्तविक पॉलिसी बांड	
2. Original Death Certificate issued by Municipal Authorities नगरपालिका प्राधिकारी द्वारा जारी किया गया वास्तविक मृत्यु प्रमाण पत्र	
3. Photo ID & address proof of the claimant (duly attested) दावेदार का फोटो आईडी और पता प्रमाण(विधिवत अनुप्रमाणित)	
4. Copy of Bank Passbook/cancel cheque / बैंक की पासबुक/रद्द चेक की प्रतिलिपि	
Additional requirements for all other plans / अन्य योजनाओं के लिए अतिरिक्त आवश्यकताएं	
5. Physician's Statement / चिकित्सक के कथन	
6. Hospital Certificate / अस्पताल का प्रमाणपत्र	
7. Medical records from Hospitals & Doctors for the last 5 years (Discharge summary, admission notes, test reports, medical prescriptions etc) / अंतिम पाँच वर्षों का अस्पताल और चिकित्सक की ओर से मेडिकल रिकॉर्ड (डिस्चार्ज का संक्षिप्त विवरण, एडमिशन नोट, परीक्षण रिपोर्ट, मेडिकल प्रिस्क्रिप्शन आदि)	
8. Post Mortem (if conducted) / पोस्टमॉर्टम (यदि किया गया हो तो)	
9. Employer Certificate with Leave records for last 5 years / अंतिम पाँच वर्षों का छुट्टी के रिकॉर्ड वाला नियोक्ता प्रमाणपत्र	
Additional requirements in case of death due to unnatural reasons (like Accident, Suicide, Murder, Sudden/Mysterious Death etc.) / अप्राकृतिक कारणों से हुई मृत्यु की स्थिति में अतिरिक्त आवश्यकताएं (जैसे कि दुर्घटना, आत्महत्या, हत्या, अचानक/रहस्यमय मृत्यु आदि.)	
10. First Information Report (FIR) / प्रथम जानकारी रिपोर्ट (एफआईआर)	
11. Panchnama, Police Investigation report, Police Final Report पंचनामा, पुलिस इन्वेस्टीगेशन रिपोर्ट, पुलिस फाइनल रिपोर्ट	
12. Post-mortem report and Toxicology/ viscera report, if available पोस्टमॉर्टम रिपोर्ट और टॉक्सीलॉजी/ विस्केरा रिपोर्ट, यदि उपलब्ध हो तो	
13. Newspaper Clippings, if available / समाचार पत्र की क्लिपिंग, यदि उपलब्ध हो तो	
14. Copy of Driving license if Life assured was driving at the time of accident (only in case of accident death claims) यदि बीमित व्यक्ति दुर्घटना के समय ड्राइव कर रहा था तो ड्राइविंग लाइसेंस की प्रतिलिपि (केवल दुर्घटना मृत्यु दावे की स्थिति में)	

* Company reserves the right to call for any additional requirements

*कंपनी किसी भी अतिरिक्त आवश्यकताओं के लिए कॉल करने का अधिकार सुरक्षित रखती है



CL5000101

**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 (IRDA Regn. No. 136)

Orchid Business Park, 2nd Floor, 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