

Health Revival Form

(Easy Health, Health Assured, Cancer Care and Cardiac Care)

हेल्थ रिवाइवल फॉर्म

(ईजी हेल्थ, हेल्थ एश्योर्ड, कैंसर केयर और कार्डिएक केयर)

For official use only
केवल कार्यालय के उपयोग के लिए
Branch:
शाखा:
Receipt date and time:
प्राप्त करने का दिनांक और समय:
Received by:
प्राप्तकर्ता:
Interaction ID:
इंटरैक्शन आईडी:

Policy Number:

पॉलिसी का नंबर:

Name of the Policyholder: _____

पॉलिसीहोल्डर का नाम:

Tick on a policy type पॉलिसी के प्रकार पर टिक करें

Easy Health (EAH) Cardiac Care (CRC) Health Assured (HRI/HRN) Cancer Care (CAN)
ईजी हेल्थ (ईएएच) कार्डिएक केयर (सीआरसी) हेल्थ एश्योर्ड (एचआआई/ एचआरएन) कैंसर केयर (सीएएन)

General Rules सामान्य नियम

- Premium needs to be paid as communicated by the branch.
प्रिमियम का भुगतान ब्रांच द्वारा दी गई सूचना के अनुसार किया जाना चाहिए।
- If the policy is not revived within 60 days from the date of payment of revival premium, then refund will be initiated and the Policy will not be revived.
अगर इस पॉलिसी को रिवाइवल प्रिमियम के भुगतान की तिथि से 60 दिनों के अंदर रिवाइवल नहीं किया जाता है, तो रीफंड की प्रक्रिया शुरू हो जाएगी और पॉलिसी रिवाइवल नहीं होगी।

Please fill the Short Medical Questionnaire (SMQ) below.

कृपया नीचे लघु मेडिकल प्रश्नावली (SMQ) की पूर्ति करें।

SHORT MEDICAL QUESTIONNAIRE (SMQ): Details of the Life to be Insured

लघु मेडिकल प्रश्नावली (एसएमक्यू): इंशोर किए जाने वाले व्यक्ति के विवरण

Name of the Life to be Insured: _____

इंशोरेंस लेने वाले व्यक्ति का नाम:

Personal Details व्यक्तिगत विवरण	Life Assured 1 बीमित व्यक्ति 1	Life Assured 2 बीमित व्यक्ति 2	Life Assured 3 बीमित व्यक्ति 3	Life Assured 4 बीमित व्यक्ति 4	Life Assured 5 बीमित व्यक्ति 5
1. Life Assured Name: Mr./Ms./Mrs. बीमित व्यक्ति का नाम; श्री/सुश्री/श्रीमती					
2. a) Height (cms): _____ ऊंचाई (सेमी): b) Weight (kgs): _____ वजन (किग्रा):					
3. Nationality राष्ट्रीयता					
4. Occupation: पेशा: <input type="checkbox"/> Salaried <input type="checkbox"/> Self-Employed वेतनभोगी स्वयं का रोजगार <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Housewife विद्यार्थी हाउसवाइफ					
If Salaried, mention Company Name & Designation अगर वेतनभोगी हैं, तो कंपनी का नाम और पद बताएं					
If Self-employed, mention business/occupation अगर स्वयं का रोजगार हैं, तो व्यवसाय/पेशे का उल्लेख करें					
if others, please specify यदि अन्य है, तो कृपया निर्दिष्ट करें					
5. Annual Income (INR) वार्षिक आय (INR)					

Please attach/enclose a separate sheet in case space is inadequate.

अगर स्थान अपर्याप्त हो, तो कृपया अलग से शीट अटैच करें/लगाएं.

Health Assure हेल्थ एश्योर

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice)

हेल्थ से जुड़े सवाल (कृपया अपनी पसंद इंगित करने के लिए ✓ का उपयोग करें)

**Yes
हां** **No
नहीं**

1) Do you or any other life to be insured currently suffer or have ever suffered from high blood pressure, diabetes, cancer, chest pain, heart disorder, joint disorder or any liver or kidney disorder?

क्या आप या इश्योर किए जाने वाले किसी अन्य व्यक्ति को वर्तमान में या कभी भी उच्च रक्त चाप, डायबिटीज़, कैंसर, सीने में दर्द, हृदय संबंधी विकार, जोड़ों के विकार या लीवर अथवा गुर्दे से संबंधित विकार हुआ है?

2) Do you or any other life to be insured currently suffer or have ever suffered from any other chronic medical ailment or have any physical deformity or handicap of any kind?

क्या आप या इश्योर किए जाने वाले किसी अन्य व्यक्ति को वर्तमान में या कभी भी कोई अन्य लंबी अवधि की चिकित्सीय बीमारी हुई है या उन्हें किसी भी तरह की कोई शारीरिक विकृति या अपंगता हुई है?

3) From the date of lapsation of this policy, have you or any other life to be insured been hospitalised, undergone a surgery or taken treatment for a continuous period exceeding 7 days?

इस पॉलिसी के कालातीत की तिथि से लेकर क्या आप या इश्योर किए जाने वाले व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती किया गया था या उनकी सर्जरी की गई थी या 7 दिनों से ज्यादा लगातार अवधि के लिए उपचार लिया है?

4) From the date of lapsation of this policy, have you or any other life to be insured experienced any recurring health problem or undergone any medical investigation other than routine health checks?

इस पॉलिसी के लैप्सेशन की तिथि से लेकर क्या आप या इश्योर किए जाने वाले व्यक्ति को स्वास्थ्य से संबंधित बार-बार होने वाली कोई समस्या हुई थी या नियमित हेल्थ जांच को छोड़कर कभी कोई चिकित्सीय जांच हुई है?

5) Have you or any other life to be insured's proposal for insurance or application for reinstatement for life, health or accident insurance ever been declined, postponed, withdrawn, accepted at extra premium or subjected to any special terms?

क्या आप या इश्योर किए जाने वाले व्यक्ति के इश्योरेंस के प्रस्ताव या लाइफ़, हेल्थ अथवा एक्सिडेंट इश्योरेंस को फिर से चालू करने के प्रस्ताव को अस्वीकार, विलंबित, वापस लिया या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया था या उस पर कोई विशिष्ट शर्तें लगाई गईं?

6) Have you or any other life to be insured ever made any claim on any health policy including any employer paid group policy?

क्या आप या इश्योर किए जाने वाले किसी भी व्यक्ति ने कभी भी नियोक्ता द्वारा गुगतान की गई समूह पॉलिसी सहित किसी भी हेल्थ पॉलिसी पर कोई दावा किया है?

Additional Details (If you have answered Yes to any of the above)

अतिरिक्त विवरण (अगर आपने ऊपर दिए गए किसी भी प्रश्न का उत्तर, हां दिया है)

	Life Assured 1 बीमित व्यक्ति 1	Life Assured 2 बीमित व्यक्ति 2	Life Assured 3 बीमित व्यक्ति 3	Life Assured 4 बीमित व्यक्ति 4	Life Assured 5 बीमित व्यक्ति 5
Insured Name इश्योर्ड का नाम					
Relevant question from form इनकी ओर से प्रासंगिक प्रश्न					
Name of ailment/condition, nature of symptom बीमारी/ स्थिति का नाम, लक्षण की प्रकृति					
Date of first diagnosed/ treated or symptom(s) identified पहली बार निदान किए जाने/ उपचार किए जाने या लक्षणों को पहचानने की तिथि					
Details of investigation(s) done, Please include caters की गई जांच (जांचें), कृपया पूर्ति को शामिल करें					
Details of past and current treatment, please include dates पुराने और मौजूदा उपचार के विवरण, कृपया तिथि शामिल करें					
Whether fully cured/ recovered or still undergoing treatment क्या पूरी तरह ठीक हो गया/ रिकवर हो गया है या अभी भी उपचार ले रहे हैं					

Please attach/enclose a separate sheet in case space is inadequate.

अगर स्थान अपर्याप्त हो, तो कृपया अलग से शीट अटैच करें/लगाएं.

Question number प्रश्न नंबर	Details if marked 'Yes' विवरण, अगर 'हां' चिह्नित किया गया है
	For Q.Nos. 4 to 8: Please provide details such as nature of Illness/Accident/exact diagnosis, Date of Diagnosis/Event, Name of Doctor, Details of Investigations Done, date of last consultation, treatment in patient/out patient, whether under medical and fully recovered or not. For Q.1a & c: Please provide Form of consumption and Quantity consumed per day. For Q.No.2: provide details on Relation to the life to be assured, disease, age of diagnosis, alive/deceased and current age or age at death. प्रश्न नं 4 से 8 के लिए कृपया बीमारी की प्रकृति/दुर्घटना/सटीक निदान, निदान/घटना की तिथि, डॉक्टर का नाम, की गई जांच के विवरण, पिछली बार परामर्श की तिथि, इन-पेशेंट/आउट पेशेंट उपचार, क्या चिकित्सीय देखभाल में हैं या पूरी तरह ठीक हो गए हैं या नहीं इसके विवरण दें. Q.1a और c के लिए: कृपया प्रतिदिन सेवन करने के स्वरूप और मात्रा के बारे में बताएं. Q.नं.2 के लिए: बीमित किए जाने वाले व्यक्ति, उनकी बीमारी, निदान की आयु, जीवित रहने/मृत्यु और मौजूदा आयु या मृत्यु की तिथि के बारे में विवरण दें.

CANCER CARE कैंसर केयर

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice) हेल्थ से जुड़े सवाल (कृपया अपना विकल्प इंगित करने के लिए का उपयोग करें)	Yes हां	No नहीं
<p>1. In the past 12 months have you smoked cigarette/beedi or consumed tobacco in any form? *If answer is "Yes" पिछले 12 महीनों में क्या आपने सिगरेट/बीड़ी का धूम्रपान किया है या किसी भी रूप में तंबाकू का सेवन किया है? *अगर उत्तर "हां" है</p> <p>a. How many cigarettes/beedi do you smoke daily? No. of Cigs _____ आप रोज़ कितनी सिगरेट/बीड़ी पीते हैं? सिगरेट की संख्या</p> <p>b. How many grams of tobacco do you consume daily? Gms of tobacco _____ आप रोज़ कितने ग्राम तंबाकू का सेवन करते हैं? तंबाकू की मात्रा ग्राम में</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Have you availed insurance cover under Stand-alone Cancer product through HDFC Life Insurance Company Limited or through any other issuer/insurer in the Indian insurance market such that the total cover including the cover in this policy exceeds INR 50 lakhs? क्या आपने एचडीएफसी लाइफ़ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य जारीकर्ता/भारतीय इश्योरेंस मार्केट के किसी भी जारीकर्ता के जरिए स्टैंड-अलोन कैंसर उत्पाद के तहत इस तरह का इश्योरेंस कवर लिया है, जिससे इस पॉलिसी में मौजूद कवर सहित कुल कवर 50 लाख रु. से अधिक होता है?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Have you suffered from or received investigation or treatment for any form of cancer, sarcoma, tumour or pre-cancerous conditions? क्या आपको कभी भी कैंसर, सारकोमा, ट्यूमर या प्री-कैंसरस स्थिति रही है या आपका उनके किसी भी स्वरूप के लिए जांच या उपचार किया गया है?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Are you suffering from HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C or Liver disease due to alcohol? क्या आपको अल्कोहल के कारण HIV/AIDS, हेपेटाइटिस B, हेपेटाइटिस C या लीवर का रोग हुआ है?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Have you suffered from or been investigated for any of the following from the period of lapsation: क्या आप इसके कालातीत होने की अवधि से निम्न में से किसी से भी पीड़ित रहे हैं या आपकी इनमें से किसी के लिए जांच की गई है:</p> <p>a. Recurrent cough, hoarseness of voice or difficulty in swallowing for a continuous period of 15 days? लगातार 15 दिनों की अवधि तक बार-बार होने वाली खांसी, आवाज़ में भारीपन या निगलने में परेशानी?</p> <p>b. Any persistent loss of blood or unusual discharge from anybody opening? शरीर के किसी भी खुले भाग से लगातार खून बहना या असामान्य साव होना?</p> <p>c. Weight loss more than 5 kg in the last 6 months? (other than a targeted weight loss programme) पिछले 6 महीनों में 5 किग्रा से ज़्यादा वज़न कम होना? (वज़न कम करने के लक्षित प्रोग्राम को छोड़कर)</p> <p>d. Any ulceration, growth, cyst or lump in any part of the body? शरीर के किसी भी अंग में कोई अल्सर, वृद्धि, सिस्ट या लम्प बनना?</p> <p>e. Any persistent headache, epileptic fits, sudden vision loss or hearing loss? लगातार होने वाला सिरदर्द, मिर्गी के दौर, दिखाई देनाया सुनाई देनाअचानक बंद हो जाना?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Have you undergone any of the listed investigations from the period of Lapsation(if applicable) क्या इसके कालातीत होने की तिथि के बाद से आपकी नीचे दी गई कोई भी जांच हुई है (अगर लागू हो)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultrasound* अल्ट्रासाउंड*</p> <p><input type="checkbox"/> Mammography मेमोग्राफी</p> <p><input type="checkbox"/> Blood test for cancer diagnosis (Tumour Marker) कैंसर के निदान के लिए रक्त की जांच (ट्यूमर मार्कर)</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsy बायोप्सी;</p> <p><input type="checkbox"/> CT Scan/ MRI सीटी स्कैन/ एमआरआई</p> <p><input type="checkbox"/> Endoscopy/Colonoscopy एंडोस्कोपी/ कोलोनोस्कोपी</p> <p><input type="checkbox"/> PAP Smear * पीएपी स्मीयर*</p> <p>*Other than those done as a part of executive health check or routine investigation *एक्ज़िक्यूटिव हेल्थ चेक या नियमित जांच के भाग के रूप में की गई जांच को छोड़कर</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Have any of your parents (below 60 years), sisters or brothers suffered from any form of cancer? क्या आपके माता-पिता में से कोई (60 वर्ष से कम आयु), बहन या भाई किसी भी प्रकार के कैंसर से पीड़ित हैं?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Has your proposal for life insurance, accident, medical or health related insurance ever been declined, postponed, withdrawn or accepted at extra premium on the grounds of medical conditions other than elevated cholesterol/ blood sugar/ blood pressure/ build? क्या लाइफ़ इश्योरेंस, एक्सिडेंट, मेडिकल या हेल्थ संबंधी इश्योरेंस को कभी भी बदे हुए कोलेस्ट्रॉल/रक्त शर्करा/रक्त दाब/बिल्ड को छोड़कर किसी अन्य चिकित्सीय स्थिति के आधार पर अस्वीकार किया गया, विलंबित किया गया, वापस लिया गया या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकृत किया गया है?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaration of Good Health

अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

I confirm that I have never had any disorder of the heart or circulatory system, chest pain, high blood pressure, stroke, epilepsy, asthma, tuberculosis or other lung disorder, cancer, tumour/lumps of any kind, increased blood sugar, cholesterol and blood disorder, hepatitis or other liver disorder, genitourinary or kidney disorder, mental or nervous disorder, musculoskeletal disorders, HIV infection or a positive HIV antibody ("AIDS") test, any other sexually transmitted disease, any other chronic medical ailment, coughing/vomiting of blood, stones in the kidney or gall bladder, joint pains, arthritis, weight loss of more than 5 kg in six months (other than through a targeted weight loss program), congenital/ genetic defect, disabilities/deformities with the use of mechanical/physical assistance for mobility.

मैं यह पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे कभी भी संचरण तंत्र, हृदय में दर्द, उच्च रक्त दाब, स्ट्रोक, मिर्गी, अस्थिमा, ट्यूबरक्युलोसिस या फेफड़ों से संबंधित कोई अन्य विकार, कैंसर, किसी भी प्रकार का ट्यूमर/लंप, बढ़ी हुई रक्त शर्करा, कोलेस्ट्रॉल या रक्त संबंधी विकार, हेपेटाइटिस या लीवर का कोई अन्य विकार, यौन-संबंधी या किडनी संबंधी विकार, मानसिक या तंत्रिका-तंत्र संबंधी विकार, मांसपेशी-कंकाल तंत्र संबंधी विकार, एचआईवी संक्रमण या पॉज़िटिव एचआईवी एंटीबॉडी ("एड्स") परीक्षण, यौन रूप से संक्रमित होने वाला कोई अन्य रोग, कोई अन्य चिकित्सीय गंभीर बीमारी, खांसी/रक्त की उल्टी, किडनी या गॉल ब्लेडर में पत्थर, जोड़ों में दर्द, गठिया, छः माह में वजन में 5 किलो से ज्यादा कमी (वजन कम करने के लक्षित प्रोग्राम को छोड़कर), जन्मजात/आनुवांशिक दोष, ऐसी अक्षमता/विकृतियां नहीं हुई हैं, जिनमें चलने-फिरने में यांत्रिक/भौतिक सहायता के उपकरणों का उपयोग होता है।

I confirm that I have not had any abnormal or adverse finding in any medical test.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझमें किसी भी चिकित्सीय जांच में असामान्य या विपरीत निष्कर्ष नहीं मिले हैं।

I confirm that I am not currently suffering from any disease or a change in health conditions for which I am planning to see a doctor or get myself investigated.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं वर्तमान में किसी भी बीमारी से पीड़ित नहीं हूँ या मेरी स्वास्थ्य स्थितियों में ऐसा कोई भी बदलाव नहीं हुआ है, जिसके लिए मैं डॉक्टर से मिलने की या किसी जांच की योजना बना रहा/रही हूँ।

In the past 5 years I have not had any medical condition, illnesses, diseases, disorders, disability, surgery or treatment which has required me to be absent from work for at least 7 consecutive days or admitted in hospital for at least 4 consecutive days or sought Out Patient treatment (OPD) for more than 6 days.

पिछले 5 वर्षों में मुझे कोई चिकित्सीय स्थिति, बीमारी, रोग, विकार, अक्षमता नहीं हुई है, मेरा कोई शल्यक्रिया या उपचार नहीं हुआ है जिसके लिए मुझे अपने काम से कम से कम 7 लगातार दिनों तक अनुपस्थित रहना पड़े या कम से कम 4 लगातार दिनों तक अस्पताल में भर्ती होना पड़ा हो या मैंने 6 दिनों से ज्यादा अवधि के लिए आउट पेशेंट उपचार (ओपीडी) लिया हो।

I confirm that on medical/health grounds, none of my or any of the insured's insurance proposal or renewal/reinstatement application for Life, Health, Critical Illness or Accident insurance has ever been declined, deferred, withdrawn or accepted on special terms.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे या इंश्योर किए गए किसी भी व्यक्ति के लाइफ, हेल्थ, गंभीर बीमारी या एक्सिडेंट इंश्योरेंस के प्रस्ताव या नवीनीकरण/बहाली के प्रस्ताव को चिकित्सीय/स्वास्थ्य आधार पर कभी भी अस्वीकार, विलंबित नहीं किया गया, वापस नहीं लिया गया या विशेष शर्तों पर स्वीकार नहीं किया गया है।

None of the insured(s) under this policy have made any claim on any health/critical illness/Accident or Disability policy including any employer paid group policy.

इस पॉलिसी के किसी भी इंश्योर्ड व्यक्ति (व्यक्तियों) ने नियोक्ता द्वारा भुगतान की गई गुप पॉलिसी सहित हेल्थ/गंभीर बीमारी/एक्सिडेंट या अक्षमता की पॉलिसी में कोई भी दावा नहीं है।

I confirm that I am not pregnant (for female applicant's only). Currently all insured(s) are in good physical and mental health.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं गर्भवती (केवल महिला आवेदकों के लिए हूँ)। मौजूदा सभी इंश्योर किए गए व्यक्ति शारीरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ हैं।

Declarations & Authorisations

घोषणाएं और प्रमाणीकरण

Declaration & Authorisations on behalf of all persons proposed to be insured

इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणाएं और प्रमाणीकरण

- I hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I am authorised to propose on behalf of these other persons.

मैं अपनी ओर से और इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं और यह कि मेरे पास इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने का प्राधिकार है।

- I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the HDFC Life Insurance Company Ltd. ("Company") and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी से इंश्योरेंस पॉलिसी का आधार बनेगा, वह एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (कंपनी) बोर्ड द्वारा स्वीकृत अंडरराइटिंग पॉलिसी के अधीन है और यह कि पॉलिसी केवल लगाए जाने योग्य प्रीमियम की पूरी प्राप्ति के बाद ही प्रभावशील होगी।

- I understand that all information provided in this proposal form/electronic proposal form ("Proposal Form") and any attachments are material to the Insurer's decision to provide this insurance, and that insurance will be provided, at the Company's sole discretion, in reliance upon the truth of such information.

मैं यह समझता/समझती हूँ कि इस प्रस्ताव फॉर्म/इलेक्ट्रॉनिक प्रस्ताव फॉर्म ("प्रस्ताव फॉर्म") में प्रदान की गई सभी जानकारी और सभी अटैचमेंट यह इंश्योरेंस प्रदान करने के इंश्योर के फैसले के मद्देनजर महत्वपूर्ण हैं, और यह कि इंश्योरेंस, पूरी तरह कंपनी के विवेक पर, ऐसी जानकारी पर भरोसे के आधार पर निर्भर होगा।

- I further declare that I will notify in writing, any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the Company.

में यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि प्रस्ताव सबमिट करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकार करने की सूचना देने के पहले इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के पेशे या आम स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव की सूचना लिखित में करूंगा/करूंगी.

- I consent to the Company or any of its authorised representatives seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

में चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने की इच्छुक कंपनी या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को ऐसे किसी भी डॉक्टर से जिसने इंश्योर किए गए व्यक्ति/प्रस्तावक की जांच की हो, या उसके किसी भी पिछले या मौजूदा नियोक्ता से ऐसी कोई भी बात पूछने की जिससे इंश्योर किए गए व्यक्ति/प्रस्तावक का शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता है और किसी भी ऐसी इंश्योरेंस कंपनी से जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूँ, जिसमें इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के प्रस्ताव हेतु इंश्योरेंस की अंडरराइटिंग और/या दावा निबटान के उद्देश्य के लिए प्रस्ताव किया गया था.

- I further consent and authorise the Company or any of its authorised representatives to seek medical information from any doctor/ hospital/ consultant/ insurer that I or any person proposed to be insured has attended or may attend in future concerning any disease or illness in respect to a particular claim.

इसके अलावा मैं कंपनी को या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को ऐसे किसी भी डॉक्टर/अस्पताल/परामर्शदाता/इंश्योरर से इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्ति की चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूँ जिसे मैंने या किसी अन्य व्यक्ति ने इंश्योर किए जाने की सहमति दी है, जिसने इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति की बीमारी/रोग, किसी विशिष्ट दावे के संबंध में जांच की हो.

- I further consent and authorise the Company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

में कंपनी को यह भी सहमति देता/देती हूँ और अधिकृत करता/करती हूँ कि वह चिकित्सा रिकॉर्ड सहित मेरे प्रस्ताव से जुड़ी जानकारी प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और/या दावे के निबटान के एकमात्र उद्देश्य से और किसी सरकारी और/या विनियामक प्राधिकारी से ऐसी जानकारी साझा कर सकती है.

- I agree to the Company taking appropriate measures to capture the voice log for all such telephonic transactions carried out by me, in accordance with procedures/regulations.

में इस बात से सहमत हूँ कि कंपनी प्रक्रियाओं/विनियमों के अनुसार मेरे साथ हुए ऐसे सभी टेलीफोनिक ट्रांजेक्शन के वॉइस लॉग को कैप्चर कर सकती है.

- I voluntarily give my consent to collect, process, receive, possess, store, deal or handle my/our sensitive personal data or information [as defined in the Information Technology (Reasonable security practices and procedures and sensitive personal data or information) Rules 2011 as amended from time to time], with/from third parties/ vendors associated with the Company for various purposes and outsourced activities exclusively related to issuance/servicing/settlement of claim as required under the policy.

में स्वैच्छिक रूप से अपने/हमारे संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या जानकारी [जैसा कि समय समय पर संशोधित सूचना प्रौद्योगिकी नियम 2011 (उचित सुरक्षा प्रक्रियाएं और कार्यविधियां और संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या जानकारी) में परिभाषित किया गया है] को अद्वितीय रूप से पॉलिसी के तहत आवश्यक इंश्योरेंस/सर्विस प्रदान करने/दावे का निबटान करने के लिए कंपनी के साथ संबद्ध ऐसे सभी तृतीय पक्षों विक्रेताओं के साथ/उनसे विभिन्न प्रयोजनों और आउटसोर्स की गई गतिविधियों के लिए एकत्रित करने, प्रोसेस करने, प्राप्त करने, रखने, संग्रहीत करने, उसमें व्यवहार करने और उसे हैंडल करने की सहमति देता/देती हूँ.

- I hereby also declare that I have read and understood the product as described in the sales literature and the sales illustration. I have read the entire text, features, disclosures, exclusions, terms and conditions while applying for insurance/revival.

में एतद्वारा यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने विक्रय के साहित्य और बिक्री के उदाहरणों में बताए अनुसार उत्पाद को पढ़ लिया है और उसे समझ लिया है. मैंने इंश्योरेंस/रिवाइवल के लिए आवेदन करते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएं, प्रकटीकरण, अपवर्जन, नियम और शर्तें पढ़ ली हैं.

- I understand that any false declaration or misrepresentation may be liable for rejection of the Proposal Form or the contract of insurance shall be treated null and void from inception of the contract. Fraud/ misrepresentation/ misstatement/ forfeiture/ suppression of material facts would be dealt with in accordance with the provisions of Section 45 of Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

में यह समझता/समझती हूँ कि किसी भी गलत घोषणा या गलत बयानी के लिए प्रस्ताव फॉर्म को अस्वीकार करने के लिए मैं जिम्मेदार रहूंगा/रहूंगी और इंश्योरेंस की संविदा, संविदा की शुरुआत से ही व्यर्थ और शून्य हो जाएगी. तथ्यों के संबंध में धोखाधड़ी/गलत प्रस्तुतिकरण/गलत बयानी के बारे में समय-समय पर संशोधित इंश्योरेंस अधिनियम 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के तहत कार्रवाई की जाएगी.

Name of the Policyholder: _____

पॉलिसीहोल्डर का नाम:

Date: _____ DD/MM/YYYY Place: _____

तिथि: _____ स्थान: _____

SIGN HERE
यहां हस्ताक्षर करें

Signature of Policyholder
पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

Declaration to be made by a third person

तीसरे व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in _____ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/ अपनी भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन प्रपत्र नहीं भरा है. मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन फॉर्म की विषयवस्तु पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझा दी गई थी और मैंने उसके द्वारा प्रदान किए गए उत्तरों को ईमानदारी रिकॉर्ड किया है. मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान मेरी उपस्थिति में लगाया है.

Name of the Declarant: _____

घोषणाकर्ता का नाम:

Address: _____

पता:

Date: DD/MM/YYYY Place: _____

तिथि:

स्थान:

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करेंSignature of Third Person
तीसरे व्यक्ति के हस्ताक्षर**HDFC Life Insurance Company Limited (HDFC Life).**CIN: L65110MH2000PLC128245. IRDAI Registration No. 101.

Regd. Off: 13th Floor, Lodha Excelus, Apollo Mills Compound, N.M. Joshi Marg, Mahalaxmi, Mumbai - 400 011.

एचडीएफसी लाइफ इश्योरंस कंपनी लिमिटेड (एचडीएफसी लाइफ). सीआईएन: L65110MH2000PLC128245. आईआरडीआई रजिस्ट्रेशन संख्या- 101.

रजिस्ट्रेशन ऑफिस: 13वीं लोधा, लोधी एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई- 400011.

Customer Acknowledgement Copy - (Health Revival Form -Easy Health, Health Assured, Cancer Care and Cardiac Care)

ग्राहक अभिस्वीकृति कॉपी - (हेल्थ रिवाइवल फॉर्म-ईजी हेल्थ, हेल्थ एश्योर्ड, कैंसर केयर और कार्डिएक केयर)

Policy No.: _____

पॉलिसी नं.:

Interaction ID No.: _____

इंटरैक्शन आईडी नं.:

Policyholder's Name: _____

पॉलिसीधारक का नाम:

Documents accepted (specify):

स्वीकृत दस्तावेज़ (निर्दिष्ट करें):

Customer Relations Officer: _____ Date: DD/MM/YYYY Time: _____

ग्राहक संबंध अधिकारी:

तिथि:

समय:

HDFC Life Stamp
एचडीएफसी लाइफ स्टैम्प

Call 022-68446530 (Call charges apply). DO NOT prefix any country code e.g. +91 or 00. Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm | Email – service@hdfclife.com

| NRIservice@hdfclife.com (For NRI customers only) Visit – www.hdfclife.com. CIN: L65110MH2000PLC128245.

022-68446530 पर कॉल करें (स्थानीय शुल्क लागू होंगे). (शुरुआत में देश का कोई भी कोड उदा +91 या 00 न लगाएं.) सोमवार-से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध | ईमेल - service@hdfclife.com |

NRIservice@hdfclife.com (केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) www.hdfclife.com. पर जाएं, सीआईएन: L65110MH2000PLC128245.