

Portability Form
पोर्टेबिलिटी फॉर्म

For Official Use Only:
केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए:
Date of receipt:
प्राप्त होने की तारीख:
Time of receipt:
प्राप्त होने का समय:
Received by:
प्राप्तकर्ता:



Policyholder Name: _____ Date of Birth: _____
पॉलिसी धारक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____
Address: _____
पता: _____
Contact No.* (STD Code) _____ / (STD Code) _____ / _____ Mobile Number is Preferable
संपर्क नम्बर* (एसटीडी कोड) (एसटीडी कोड) मोबाइल नंबर बेहतर है
Email Id*: _____
ईमेल आईडी*: _____
*Contact details provided herein will be updated for all future communications. For customer registered for UCC, response would be treated as valid discharge
* यहां दिए गए संपर्क विवरण को तेल संबंधी भविष्य की सूचनाओं के लिए अद्यतन किया जाएगा, यूसीसी के लिए पंजीकृत ग्राहक के लिए, प्रतिक्रिया को वैध निर्वहन माना जाएगा

Section I (Details of existing insurer)
सेक्शन I (मौजूदा बीमाकर्ता की जानकारी)

Name of the product प्रॉडक्ट का नाम	Sum Insured आश्वासित राशि	Cumulative Bonus संचयी बोनस	Add-ons/riders taken लिए गए ऐड-ऑन/राइडर्स	Policy number पॉलिसी संख्या

Section II (Details of the proposed insurance)
सेक्शन II (प्रस्तावित बीमा की जानकारी)

Name of the product प्रॉडक्ट का नाम	Sum Insured आश्वासित राशि	Whether Cumulative Bonus to be converted to an enhanced sum insured क्या संचयी बोनस को बढ़ी हुई बीमा राशि में बदला किया जाना चाहिए

Section III (Reason(s) for Portability)
सेक्शन III (पोर्टेबिलिटी के कारण)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

No. of family members to be included in the policy to be ported:
पोर्ट की जाने वाली पॉलिसी में शामिल किए जाने वाले परिवार के सदस्यों की संख्या:

Whether the Pre existing disease exclusions/ time bound exclusion have longer exclusion period than the existing policy:
क्या पहले से मौजूद बीमारी को निकालने/समयबद्ध निकालने की बहिष्करण अवधि मौजूदा पॉलिसी की तुलना में अधिक है:
(Please indicate YES/ NO):
(कृपया हां/नहीं बताएं):
If yes please provide written consent to the declaration below:
यदि हां, तो कृपया नीचे दी गई घोषणा पर लिखित सहमति प्रदान करें:
I am aware that the waiting period for the following disease(s)/treatment(s) is ____ days/years more than the previous policy terms. I hereby agree to observe the additional waiting period for the following disease(s)/treatment(s)
मुझे ज्ञात है कि निम्नलिखित बीमारी(यों)/इलाज(जों) के लिए वेटिंग पीरियड पिछली पॉलिसी शर्तों से _____ दिन/वर्ष अधिक है। मैं निम्नलिखित बीमारी(यों)/इलाज(जों) के लिए एक्स्ट्रा वेटिंग पीरियड का पालन करने के लिए सहमत हूँ।

Enclosure: Photocopy of the existing policy documents, HDFC life proposal form, Age proof of all the Lives to be insured, Identity proof of Proposer if he is not the life insured and Claims history related documents (if any).
संलग्नक: मौजूदा पॉलिसी दस्तावेजों की फोटोकॉपी, एचडीएफसी लाइफ प्रपोजल फॉर्म, बीमित होने वाले सभी लोगों का आयु प्रमाण पत्र, यदि प्रस्तावक बीमित व्यक्ति नहीं है तो उसका पहचान प्रमाण पत्र तथा पुराने दावों से संबंधित दस्तावेज (यदि कोई हो)।

Date:
तारीख:
Signature of the policyholder
पॉलिसी धारक का हस्ताक्षर