

Health Revival Form

हेल्थ रिवाइवल फॉर्म

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

(ईजी हेल्थ, हेल्थ एश्योर, कैंसर केयर एंड कार्डियक केयर)

For official use only:

केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए:

Branch:

शाखा:

Receipt date and time:

प्राप्त करने की तारीख और समय:

Received by:

प्राप्तकर्ता:

Interaction ID:

इंटरैक्शन आईडी:



Policy Number:

पॉलिसी संख्या:

Name of the Policyholder: _____

पॉलिसीधारक का नाम:

Tick on a Plan type

प्लान के प्रकार पर सही का निशान लगाएँ

☐ Easy Health (EAH)

☐ Cardiac Care (CRC)

☐ Health Assure (HRI/HRN)

☐ Cancer Care (CAN)

ईजी हेल्थ (ईएएच)

कार्डियक केयर (सीआरसी)

हेल्थ एश्योर (एचआरआई/एचआरएन)

कैंसर केयर(सीएएन)

General Rules

सामान्य नियम

1. Premium needs to be paid as per revival quotation.

1. प्रीमियम का भुगतान रिवाइवल कोटेशन के अनुसार किया जाना चाहिए।

Please fill the Short Medical Questionnaire (SMQ) below.

कृपया नीचे दी गई शॉर्ट मेडिकल प्रश्नावली (एसएमक्यू) भरें।

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

शॉर्ट मेडिकल प्रश्नावली (एसएमक्यू): बीमा लेने वाले व्यक्ति की जानकारी

Name of the Life to be Insured: _____

बीमा लेने वाले व्यक्ति का नाम:

Personal Details निजी जानकारी	Life Assured 1 बीमा लेने वाला व्यक्ति 1	Life Assured 2 बीमा लेने वाला व्यक्ति 2	Life Assured 3 बीमा लेने वाला व्यक्ति 3	Life Assured 4 बीमा लेने वाला व्यक्ति 4	Life Assured 5 बीमा लेने वाला व्यक्ति 5
1. Life Assured Name: Mr./Ms./Mrs. 1. बीमा लेने वाले व्यक्ति का नाम: श्री/सुश्री/श्रीमती					
2. a) Height (cms): _____ 2. a) ऊंचाई (सेमी): b) Weight (kgs): _____ b) वजन (किग्रा):					
3. Nationality 3. राष्ट्रियता					
4. Occupation: 4. पेशा: <div><input type="checkbox"/> Salaried नौकरीपेशा</div> <div><input type="checkbox"/> Self-Employed स्व-रोजगार</div> <div><input type="checkbox"/> Student छात्र</div> <div><input type="checkbox"/> Housewife गृहणी</div>					
If Salaried, mention Company Name & Designation यदि नौकरीपेशा हैं तो कंपनी का नाम और पदनाम बताएं					
If Self-employed, mention business/occupation यदि स्व-रोजगार है तो व्यवसाय/व्यापार की जानकारी दें					
if others, please specify कोई दूसरी जानकारी हो, तो जानकारी दें					
5. Annual Income (INR) 5. वार्षिक आय (रुपये)					

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice)

स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न (कृपया अपनी चॉइस बताने के लिए ✓ इसका प्रयोग करें)

Yes
हाँ

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?
- 1) क्या आप या बीमा लेने वाला कोई अन्य व्यक्ति वर्तमान में हाई ब्लड प्रेशर, डायबिटीज़, कैंसर, सीने में दर्द, हृदय से जुड़ी समस्या, जोड़ों से जुड़ी समस्या या लिवर और किडनी से जुड़ी समस्या से पीड़ित है या कभी पीड़ित रहा/रही/रहे हैं?
- 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?
- 2) क्या आप या बीमा लेने वाला कोई अन्य व्यक्ति वर्तमान में किसी अन्य क्रोनिक मेडिकल बीमारी से पीड़ित है या कभी पीड़ित रहा/रही/रहे हैं या किसी भी प्रकार की शारीरिक विकृति या विकलांगता से ग्रस्त 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?
- 3) इस पॉलिसी की समाप्ति की तारीख से, क्या आप या बीमा लेने वाला कोई अन्य व्यक्ति लगातार 7 दिनों से अधिक समय के लिए अस्पताल में भर्ती हुआ है, सर्जरी कराई है या इलाज चल रहा 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?
- 4) इस पॉलिसी की समाप्ति की तारीख से, क्या आपको या बीमा लेने वाले किसी अन्य व्यक्ति को किसी प्रकार की स्वास्थ्य समस्या का सामना करना पड़ा है या नियमित स्वास्थ्य जांच के अलावा किसी अन्य मेडिकल जांच से गुजरना पड़ा 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?
- 5) क्या आपके या बीमा लेने वाले किसी अन्य व्यक्ति के लाइफ, हेल्थ या एक्सीडेंट इंश्योरेंस के लिए इंश्योरेंस प्रोपोजल या रिवाइवल के आवेदन को कभी अस्वीकृत, स्थगित, वापस लिया गया, अतिरिक्त प्रीमियम पर या किसी विशेष शर्त के अधीन स्वीकार किया गया?
- 6) Have you or any other life to be insured ever made any claim on any health policy including any employer paid group policy?
- 6) क्या आपने या बीमा लेने वाले किसी अन्य व्यक्ति ने कभी भी किसी हेल्थ पॉलिसी पर कोई दावा किया है, जिसमें नियोक्ता द्वारा भुगतान की गई ग्रुप पॉलिसी भी शामिल है?

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

अतिरिक्त विवरण (यदि आपने उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है)

	Q. no 1 प्रश्न. 1	Q. no 2 प्रश्न 2	Q. no 3 प्रश्न 3	Q. no 4 प्रश्न 4	Q. no 5 प्रश्न 5	Q. no 6 प्रश्न 6
Name of ailment/condition, nature of symptom बीमारी/स्थिति का नाम, लक्षण की प्रकृति						
Date of first diagnosed/treated or symptom(s) identified पहली डायग्नोस्टिक/इलाज या लक्षण(लक्षणों) की पहचान की तारीख						
Details of investigation(s) done, Please include date की गई जांच(ओं) का विवरण, कृपया तारीख भी बताएं						
Details of past and current treatment, please include date पिछले और वर्तमान इलाज का विवरण, कृपया तारीख भी बताएं						
Whether fully cured/ recovered or still undergoing treatment? क्या आप पूरी तरह से ठीक हो गए हैं या अभी भी इलाज चल रहा है?						

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice)

स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न (कृपया अपना चॉइस बताने के लिए ✓ इसका प्रयोग करें)

Yes
हाँ

No
नहीं

1. a) Do you consume tobacco in the form of cigarette/beedi or chewable tobacco or any other form? If yes, please mention quantity per day

☐☐

1. a) क्या आप सिगरेट/बीड़ी या चबाने वाले तम्बाकू या किसी अन्य रूप में तम्बाकू का सेवन करते हैं? यदि हाँ, तो कृपया प्रतिदिन की मात्रा बताएँ

b) In the past five years, have you consumed narcotics e.g. heroin, Cocaine, Cannabis, LSD, Ganja or other habit forming drugs?

☐☐

b) क्या आपने पिछले पांच वर्षों में मादक पदार्थों जैसे हेरोइन, कोकीन, कैनबिस, एलएसडी, गांजा या अन्य आदत बनाने वाली दवाओं का सेवन किया है?

c) Do you consume more than 15 units of alcohol per week?

☐☐

c) क्या आप हर सप्ताह 15 यूनिट से अधिक शराब पीते हैं?

[1 Unit of Alcohol: 1 unit of alcohol equals to 30ml of hard liquor/one pint of beer/half glass of wine]

[1 यूनिट शराब: 1 यूनिट शराब 30 मिली लीटर हार्ड शराब/एक पिट बीयर/आधा गिलास वाइन के बराबर होता है]

2. Have any two or more of your first degree relatives (father, mother, sister or brother) suffered from heart conditions like Coronary Artery disease, Heart valve disease, Stroke, Cardiomyopathy, Arrhythmia or Sudden Cardiac Death before the age of 55 years?

☐☐

2. क्या आपके दो या अधिक प्रथम श्रेणी के रिश्तेदार (पिता, माता, बहन या भाई) 55 वर्ष की आयु से पहले कोरोनरी धमनी रोग, हृदय वाल्व रोग, स्ट्रोक, कार्डियोमायोपैथी, अतालता या अचानक हृदय मृत्यु जैसी हृदय संबंधी स्थितियों से पीड़ित रहे हैं?

3. Has your proposal for life insurance, accident, medical or health related insurance ever been declined, postponed, withdrawn or accepted at extra premium due to health/medical grounds?

☐☐

3. क्या लाइफ इंश्योरेंस, एक्सीडेंट, मेडिकल या हेल्थ इंश्योरेंस के लिए आपका प्रस्ताव कभी स्वास्थ्य/चिकित्सा आधार पर अस्वीकृत, स्थगित, वापस लिया गया है या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया है?

4. Have you suffered from or have undergone investigation or treatment or are you currently suffering from:

4. क्या आप निम्न में से किसी से पीड़ित हैं या आपने जांच या इलाज कराया है या आप वर्तमान में निम्न में से किसी से पीड़ित हैं:

a) heaviness or pain or discomfort in chest or palpitations (rapid or irregular heartbeats)

☐☐

a) छाती में भारीपन, दर्द या बेचैनी या घबराहट (तेज़ या दिल की धड़कन का सामान्य से अलग होना)

b) black outs (loss of consciousness), dizziness, persistent headache,

☐☐

b) बेहोश होना, चक्कर आना, लगातार सिरदर्द,

c) epileptic fits, swelling of lower limbs,

☐☐

c) मिर्गी के दौरे, कमर से नीचे के अंगों में सूजन,

d) Shortness of breath of exertion, recurrent cough

☐☐

d) सांस लेने में तकलीफ, बार-बार खांसी आना

e) cholesterol, triglycerides or blood sugar higher than normal lab range

☐☐

e) कोलेस्ट्रॉल, ट्राइग्लिसराइड्स या सामान्य लैब रेंज से ब्लड सुगर लेवल का अधिक होना

5. Have you suffered from or been through investigations or treatment or are you currently suffering from or are awaiting medical or surgical treatment for:

5. क्या आप निम्नलिखित के लिए जांच या इलाज से पीड़ित हैं या गुजर चुके हैं या आपने वर्तमान में कोई मेडिकल या मेडिकल सर्जरी कराया है या उसका इंतजार कर रहे/रही हैं:

a) Heart Attack, Coronary Artery Disease, Hypertension, Diabetes or any form of arrhythmia

☐☐

a) दिल का दौरा, कोरोनरी आर्टरी डिजीज, हाइपरटेंशन, डायबिटीज़ या किसी भी प्रकार की अरिथ्मिया

b) Heart Valve disease, Rheumatic Heart Disease, Heart Failure

☐☐

b) हृदय वाल्व रोग, रूमेटिक हृदय रोग, हार्ट फेलियर

c) Transient Ischemic Attack (TIA), Paralysis or Stroke

☐☐

c) ट्रांसिएंट इस्केमिक अटैक (टीआईए), पैरालिसिस या स्ट्रोक

d) Any other disease of the heart or blood vessels in the brain

☐☐

d) हृदय या मस्तिष्क की रक्त वाहिकाओं का कोई अन्य रोग

6. Are you or your spouse/partner suffering from or have been advised to undergo tests related to HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C or any other sexually transmitted diseases?

☐☐

6. क्या आप या आपके पति/पत्नी/साथी एचआईवी/एड्स, हेपेटाइटिस बी और हेपेटाइटिस सी या किसी अन्य यौन संचारित रोग से पीड़ित हैं या आपको इनसे संबंधित टेस्ट कराने की सलाह दी गई है?

7. Have you suffered from any illness, disorder, disability or injury in the last 4 years which has required the following Investigations: ECG, CTMT, Angiography, 2D Echo, MRI/CT Scan of brain/heart/chest or any other test for brain, heart and blood vessels?

☐☐

7. क्या आप पिछले 4 वर्षों में किसी बीमारी, विकार, विकलांगता या चोट से पीड़ित हैं जिसके लिए निम्नलिखित जांच की आवश्यकता है: ईसीजी, सीटीएमटी, एंजियोग्राफी, 2 डी इको, मस्तिष्क / हृदय / छाती का एमआरआई / सीटी स्कैन या मस्तिष्क, हृदय और रक्त वाहिकाओं के लिए कोई अन्य टेस्ट?

8. Are you suffering from any congenital condition, disease or deformity?

☐☐

8. क्या आप किसी जन्मजात स्थिति, बीमारी या विकृति से पीड़ित हैं?

Question number
प्रश्न संख्या

Details if marked 'Yes'
यदि उत्तर 'हाँ' है, तो कृपया पूरी जानकारी दें

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 medication 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 संख्या 4 से 8 के लिए: कृपया बीमारी/एक्सीडेंट/सटीक निदान की प्रकृति, निदान/घटना की तारीख, डॉक्टर का नाम, की गई जांच का विवरण, अंतिम परामर्श की तारीख, इन-पेशेंट/आउट-पेशेंट इलाज, क्या दवा चल रही है और पूरी तरह से ठीक है या नहीं, जैसे विवरण प्रदान करें। प्रश्न 1a और c के लिए: कृपया उपभोग का प्रकार और प्रतिदिन उपभोग की गई मात्रा प्रदान करें। प्रश्न संख्या 2 के लिए: बीमिति व्यक्ति से संबंध, बीमारी, निदान की आयु, जीवित/मृतक और वर्तमान आयु या मृत्यु के समय आयु के बारे में विवरण प्रदान करें।

अतिरिक्त जानकारी (यदि आपने उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है)

CANCER CARE

कैंसर केयर

स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न (कृपया विकल्प बताने के लिए ✓ का निशान लगाएँ)

Yes No

- | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

6. Have you undergone any of the listed investigations from the period of Lapsation(if applicable) 6. क्या आपने इन दिनों के अंतराल के बाद सूचीबद्ध जांचों में से कोई जांच कराई है (यदि लागू हो) <div><div><input type="checkbox"/> Ultrasound* अल्ट्रासाउंड*</div><div><input type="checkbox"/> Mammography मैमोग्राफी</div><div><input type="checkbox"/> Blood test for cancer diagnosis (Tumour Marker) कैंसर के निदान के लिए ब्लड टेस्ट (ट्यूमर मार्कर)</div><div><input type="checkbox"/> Biopsy बायोप्सी</div><div><input type="checkbox"/> CT Scan/ MRI सीटी स्कैन/एमआरआई</div><div><input type="checkbox"/> Endoscopy/Colonoscopy एंडोस्कोपी/कोलोनोस्कोपी</div><div><input type="checkbox"/> PAP Smear* पीएपी स्मीयर*</div></div> <div>Other than those done as a part of executive health check or routine investigation *एग्जीक्यूटिव हेल्थ चेक या रूटीन जांच के अलावा</div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Have any of your parents (below 60 years), sisters or brothers suffered from any form of cancer? 7. क्या आपके माता-पिता (60 वर्ष से कम), बहन या भाई में से कोई किसी भी प्रकार के कैंसर से पीड़ित है?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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? 8. क्या आपके लाइफ इंश्योरेंस, एक्सीडेंट, मेडिकल या हेल्थ इंश्योरेंस के प्रस्ताव को कभी भी उच्च कोलेस्ट्रॉल/ब्लड सुगर/ ब्लड प्रेशर/बढ़े हुए कोलेस्ट्रॉल के अलावा अन्य मेडिकल कंडीशन के आधार पर अस्वीकार किया गया है, स्थगित किया गया है, वापस लिया गया है या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया है?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Easy Health
ईईजी हेल्थ

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 पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे कभी भी हृदय या सर्कुलेटरी सिस्टम डिसऑर्डर, सीने में दर्द, हाई ब्लड प्रेशर, स्ट्रोक, मिर्गी, अस्थमा, ट्यूबर्क्यूलोसिस या अन्य फेफड़ों का विकार, कैंसर, किसी भी प्रकार का ट्यूमर/गांठ, रक्त शर्करा में वृद्धि, कोलेस्ट्रॉल और रक्त विकार, हेपेटाइटिस या अन्य यकृत विकार, जननांग या किडनी डिसऑर्डर, मानसिक या तंत्रिका संबंधी विकार, मस्कुलोस्केलेटल विकार, एचआईवी संक्रमण या पॉज़िटिव एचआईवी एंटीबॉडी ("एड्स") टेस्ट, कोई अन्य यौन संचारित रोग, कोई अन्य पुरानी चिकित्सा बीमारी, खांसी/खून की उल्टी, गुर्दे या पित्ताशय में पथरी, जोड़ों का दर्द, गठिया, छह महीने में 5 किलोग्राम से अधिक वजन कम होना (लक्षित वजन घटाने के कार्यक्रम के अलावा), जन्मजात/आनुवंशिक दोष, गतिशीलता के लिए यांत्रिक/शारीरिक सहायता के उपयोग से विकलांगता/विकृति नहीं हुई है।

I confirm that I have not had any abnormal or adverse finding in any medical test. 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 मुझे किसी भी मेडिकल टेस्ट में कोई असामान्य या प्रतिकूल परिणाम नहीं मिला है। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं वर्तमान में ऐसी किसी बीमारी या स्वास्थ्य स्थिति में किसी बदलाव से पीड़ित नहीं हूँ जिसके लिए मैं डॉक्टर से मिलने या अपनी जाँच करवाने की योजना बना रहा/रही हूँ।

Agree ☐

Disagree ☐

सहमति असहमति

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 मेरा ऐसा कोई भी ऐसी मेडिकल कंडीशन, बीमारी, विकार, विकलांगता, सर्जरी या इलाज नहीं हुआ है, जिसके कारण मुझे कम से कम लगातार 7 दिनों तक काम से अनुपस्थित रहना पड़ा हो या कम से कम लगातार 4 दिनों तक अस्पताल में भर्ती रहना पड़ा हो या 6 दिनों से अधिक समय तक बाह्य रोगी इलाज (ओपीडी) करवाना पड़ा 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 मेडिकल/स्वास्थ्य आधार पर, मेरे या बीमा लेने वाले किसी भी व्यक्ति के लाइफ, हेल्थ, गंभीर बीमारी या एक्सीडेंट बीमा के लिए इंश्योरेंस प्रोपोजल या नवीनीकरण/रिवाइवल आवेदन को कभी भी अस्वीकार, स्थगित, वापस नहीं लिया गया है 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 अंतर्गत बीमा लेने वाले किसी भी व्यक्ति ने किसी भी हेल्थ/गंभीर बीमारी/एक्सीडेंट या विकलांगता पॉलिसी पर कोई दावा नहीं किया है, जिसमें नियोक्ता द्वारा भुगतान की गई समूह पॉलिसी भी शामिल 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 करती हूँ कि मैं गर्भवती नहीं हूँ (केवल महिला आवेदकों के लिए)। वर्तमान में बीमा लेने वाले सभी व्यक्ति शारीरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ हैं।

Declarations & Authorisations**घोषणाएँ और प्राधिकरण****Declaration & Authorisations on behalf of all persons proposed to be insured****बीमा कराने हेतु प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा एवं प्राधिकरण**

- 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 तथा बीमा कराने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य और पूर्ण हैं तथा मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए प्राधिकृत हूँ।
- I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved able. underwriting policy of the HDFC Life Insurance Company Limited and that the policy will come into force only after full receipt of the premium charge
मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी इंश्योरेंस पॉलिसी का आधार बनेगी, यह एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड की बोर्ड द्वारा अनुमोदित अंडरराइटिंग नीति के अधीन है और यह पॉलिसी प्रीमियम की पूरी प्राप्ति के बाद ही लागू 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 समझता/समझती हूँ कि इस प्रस्ताव फॉर्म/इलेक्ट्रॉनिक प्रस्ताव फॉर्म ("प्रस्ताव फॉर्म") में दी गई सभी जानकारी और कोई भी अनुलग्नक बीमाकर्ता के इस बीमा को प्रदान करने के निर्णय के लिए महत्वपूर्ण हैं और यह बीमा प्रदान करने के निर्णय के लिए महत्वपूर्ण है, तथा यह बीमा, कंपनी के पूर्ण विवेक पर, ऐसी सूचना की सत्यता के आधार पर प्रदान किया जाएगा।
- 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.
मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैं प्रस्ताव जमा किए जाने के बाद, लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले, बीमा लेने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी परिवर्तन की लिखित रूप में सूचना दूंगा/दूँगी।
- 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.
मैं कंपनी या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को किसी भी डॉक्टर या किसी अस्पताल से, जिसने कभी भी बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक का इलाज किया हो या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से किसी भी ऐसी बात के बारे में चिकित्सा जानकारी मांगने की अनुमति देता/देती हूँ, जो बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो और किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी मांगने की अनुमति देता हूँ, जिसके पास बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के लिए बीमा के लिए आवेदन किया गया हो, ताकि प्रस्ताव और/या दावा निपटान को हामीदारी दी जा सके।
- 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.
मैं कंपनी या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को किसी भी डॉक्टर/अस्पताल/परामर्शदाता/बीमाकर्ता से चिकित्सा जानकारी प्राप्त करने के लिए सहमति और अधिकार देता/देती हूँ, जिसे मैंने या किसी ऐसे व्यक्ति ने, जिसे बीमित किया जाना प्रस्तावित है, किसी विशेष दावे के संबंध में किसी बीमारी या रोग के संबंध में देखा है या भविष्य में देख सकता/सकती हूँ।
- 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.
मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी, जिसमें मेडिकल रिकॉर्ड भी शामिल है, को केवल प्रस्ताव हामीदारी और/या दावा निपटान के उद्देश्य से तथा किसी भी सरकारी और/या विनियामक प्राधिकरण के साथ साझा करने के लिए सहमति और प्राधिकृत करता/करती हूँ।
- 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.
मैं इस बात से सहमत हूँ कि कंपनी मेरे द्वारा किए गए सभी टेलीफोनिक लेन-देनों के लिए प्रक्रियाओं/नियमों के अनुसार वॉयस लॉग कैप्चर करने के लिए उचित उपाय करेगी।
- 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.
मैं स्वेच्छा से अपने/हमारे संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या सूचना [जैसा कि सूचना प्रौद्योगिकी (उचित सुरक्षा प्रथाओं और प्रक्रियाओं और संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या सूचना) नियम 2011 में समय-समय पर संशोधित किया गया है] को एकत्रित करने, संसाधित करने, प्राप्त करने, रखने, संग्रहीत करने, सौदा करने या संभालने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ जो विभिन्न उद्देश्यों और आउटसोर्स गतिविधियों के लिए कंपनी से जुड़े थर्ड पार्टी/विक्रेताओं के साथ/से, जो पॉलिसी के तहत आवश्यक रूप से जारी करने/सेवा देने/निपटान से संबंधित हैं।
- 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.
मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इलस्ट्रेशन में वर्णित प्रॉडक्ट को पढ़ा और समझा है। मैंने इंश्योरेंस/रिवाइवल के लिए आवेदन करते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएँ, प्रकटीकरण, बहिष्करण, नियम और शर्तें पढ़ी 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.
मैं समझता/समझती हूँ कि कोई भी गलत घोषणा या गलत बयानी प्रस्ताव फॉर्म को अस्वीकार करने के लिए उत्तरदायी हो सकती है या बीमा अनुबंध को अनुबंध की शुरुआत से ही शून्य और अमान्य माना जाएगा। समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार धोखाधड़ी / गलत बयान / गलत बयान / जब्ती / महत्वपूर्ण तथ्यों को दबाने पर आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।
- A lapsed policy shall be revived in line with the policy terms and conditions and subject to all the outstanding premiums being paid along with interest and satisfactory evidence of good health being provided.
लैप्स हो चुकी पॉलिसी को पॉलिसी की शर्तों के अनुसार रिवाइव किया जाएगा, बशर्ते कि सभी बकाया प्रीमियम का भुगतान ब्याज सहित किया जाए तथा अच्छे स्वास्थ्य का संतोषजनक प्रमाण प्रस्तुत किया जाए।

Name of the Policyholder: _____

पॉलिसीधारक का नाम: _____

Date: DD/MM/YYYY Place: _____
तारीख: _____ स्थान: _____

SIGN HERE

यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Policyholder
पॉलिसीधारक का 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 अपना अंगूठा लगाया है/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन नहीं भरा है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र की विषय-वस्तु पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझा दी गई है और मुझे दिए गए उत्तरों को ईमानदारी दर्ज किया गया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने मेरी उपस्थिति में अपना अंगूठा लगाया है/हस्ताक्षर किए हैं।

Name of the Declarant: _____

घोषणाकर्ता का नाम:

Address: _____

पता:

Date: DD/MM/YYYY Place: _____

तारीख: _____ स्थान: _____

SIGN HERE

यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Third Person
तीसरे व्यक्ति का हस्ताक्षर

KYC Declaration

केवाईसी घोषणा

I hereby confirm that there is no change in my KYC information previously provided/updated by me and currently available in your records. मैं एतद्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा पूर्व में उपलब्ध/अपडेट की गई तथा वर्तमान में आपके रिकार्ड में उपलब्ध मेरी केवाईसी जानकारी में कोई बदलाव नहीं हुआ है।

Yes ☐ No ☐ (If no, please share the KYC document as per the below list to update the KYC details)

हाँ ☐ नहीं ☐ (यदि नहीं, तो कृपया केवाईसी विवरण अपडेट करने के लिए नीचे दी गई सूची के अनुसार केवाईसी दस्तावेज़ जमा करें)

- Valid Passport
- वैध पासपोर्ट
- Masked Aadhaar (First 8 digits of Aadhaar should be masked)
- मास्कड आधार (आधार के पहले 8 अंक मास्कड होने चाहिए)
- Valid Permanent Driving License
- वैध स्थायी ड्राइविंग लाइसेंस
- Voter's Identity Card issued by Election Commission of India
- भारत निर्वाचन आयोग द्वारा जारी मतदाता पहचान पत्र

HDFC Life Insurance Company Limited (HDFC Life). CIN: L65110MH2000PLC128245. IRDAI Registration No. 101.

एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एचडीएफसी लाइफ)। CIN: L65110MH2000PLC128245। IRDAI पंजीकरण संख्या. 101।

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

पंजीकृत कार्यालय: 13वीं मंजिल, लोढ़ा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 400 011।

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

ग्राहक के पावती की प्रति - (हेल्थ रिवाइवल फॉर्म - ईजी हेल्थ, ईजी एश्योर्ड, कैंसर केयर, कार्डियक केयर)

Policy No.: _____

पॉलिसी सं.:

Interaction ID No.: _____

इंटरैक्शन आईडी.:

Policyholder's Name: _____

पॉलिसीधारक का नाम:

Documents accepted (specify):

स्वीकार किए जाने वाले दस्तावेज़ (कृपया जानकारी दें):

Customer Relations Officer:

ग्राहक संबंध अधिकारी:

Date: DD/MM/YYYY

तारीख:

Time:

समय:

HDFC Life Stamp
एचडीएफसी लाइफ की मोहर

For queries or more information, call us on **022-68446530** (Call charges apply). Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm. DO NOT prefix any country code e.g. +91 or 00.

कोई भी सवाल पूछने या अधिक जानकारी के लिए, हमें **022-68446530** पर कॉल करें (कॉल शुल्क लागू)। यह सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध है। किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ।

Email - service@hdfclife.com | nriservice@hdfclife.com (For NRI customers only) Visit - www.hdfclife.com

ईमेल - service@hdfclife.com | nriservice@hdfclife.com (केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) विजिट करें - www.hdfclife.com

