

**Policy Servicing Request Form -  
Health Plans - 2**  
**पॉलिसी सर्विसिंग अनुरोध फॉर्म- स्वास्थ्य  
योजनाएँ - 2**

For Office Use Only:  
केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए:  
Branch: शाखा:  
Receipt Date & Time: प्राप्त करने का दिनांक और समय:  
Received by: प्राप्तकर्ता:  
Interaction ID: इंटरैक्शन आईडी:

Policy Number: \_\_\_\_\_  
पॉलिसी संख्या: \_\_\_\_\_

Name of the Policyholder: (First Name) (Middle Name) (Last Name)  
पॉलिसीधारक का नाम: (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अंतिम नाम)

☐ **ADDITION OF MEMBER** (Please fill the SMQ on page 2)  
**जोड़े गए सदस्य** (कृपया पृष्ठ 2 पर एसएमक्यू भरें)

**General Rules:**

**सामान्य नियम:**

1. Addition of another member is applicable only to "Family Floater" plans. 2. All new members can be added only at specific events like birth, adoption and marriage. 3. All time bound exclusions and waiting period shall apply to such added members. 4. Addition of member is subject to underwriting. 5. Identity, address and age proofs of the new member(s) are to be submitted. 6. Incremental premium, if any, needs to be paid as specified at the branch. 7. Proof of marriage and adoption are to be submitted, where applicable.

1. किसी अन्य सदस्य को जोड़ना केवल "फैमिली फ्लोटर" योजनाओं पर लागू होता है। 2. सभी नए सदस्यों को केवल जन्म, गोद लेने और विवाह जैसी विशिष्ट घटनाओं पर ही जोड़ा जा सकता है। 3. ऐसे जोड़े गए सभी सदस्यों पर समयबद्ध बहिष्करण और वेटिंग पीरियड लागू होगी। 4. सदस्य को जोड़ना अंडरराइटिंग के अधीन है। 5. नए सदस्य(यों) की पहचान, पता और आयु प्रमाण जमा करना होगा। 6. अगर प्रीमियम में किसी प्रकार की बढ़ोतरी होती है, तो शाखा में बताए गए अनुसार भुगतान किया जाना चाहिए। 7. जहां लागू हो, वहां विवाह और गोद लेने का प्रमाण जमा करना होगा।

I would like to add a new member (details mentioned below) to be insured as part of the above Policy.

मैं उपरोक्त पॉलिसी के तहत बीमा कराने के लिए एक नया सदस्य (विवरण नीचे दिया गया है) को जोड़ना चाहता हूँ।

Name: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

Date Of Birth: DD/MM/YYYY Sex: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ (cms) Weight: \_\_\_\_\_ (kgs)

जन्मतिथि: \_\_\_\_\_ लिंग: \_\_\_\_\_ ऊँचाई: \_\_\_\_\_ (से.मी.) वजन: \_\_\_\_\_ (किग्रा)

Reason for Addition of member: \_\_\_\_\_

सदस्य जोड़ने का कारण: \_\_\_\_\_

Date of Marriage: DD/MM/YYYY Date of Adoption: DD/MM/YYYY

शादी की तारीख: \_\_\_\_\_ गोद लेने की तारीख: \_\_\_\_\_

Relationship with Proposer: \_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_ Country of Residence: \_\_\_\_\_

प्रस्तावक के साथ संबंध: \_\_\_\_\_ राष्ट्रियता: \_\_\_\_\_ निवास का देश: \_\_\_\_\_

Educational Qualification: ☐ Non-Matric ☐ Matric ☐ Graduate ☐ Postgraduate ☐ Others

शैक्षणिक योग्यता: ☐ गैर मैट्रिक ☐ मैट्रिक ☐ स्नातक ☐ स्नातकोत्तर ☐ अन्य

Occupation: ☐ Salaried ☐ Self-Employed ☐ Student ☐ Housewife ☐ Others (Please specify)

पेशा: ☐ नौकरीपेशा ☐ स्वनियोजित ☐ विद्यार्थी ☐ गृहिणी ☐ अन्य (कृपया पूरी जानकारी दें)

If Salaried, specify Company Name: \_\_\_\_\_ Designation: \_\_\_\_\_ Contact No: \_\_\_\_\_

यदि नौकरीपेशा है, तो कंपनी का नाम बताएं: \_\_\_\_\_ पद का नाम: \_\_\_\_\_ संपर्क नंबर: \_\_\_\_\_

If Self-Employed, specify business/occupation: \_\_\_\_\_

यदि स्व-रोजगार है, तो व्यवसाय/पेशा बताएं: \_\_\_\_\_

☐ **DELETION OF MEMBER**  
**सदस्य को हटाना**

**General Rules:**

**सामान्य नियम:**

1. Deletion of a member is permitted only at specific events like death and divorce of a Life Insured. 2. The attested copy of the death certificate or divorce agreement, as applicable, has to be submitted for deletion of a member. 3. The revised Premium, if any, will be applicable from the next Premium due date.

1. किसी सदस्य को हटाने की अनुमति केवल जीवन बीमाधारक की मृत्यु और तलाक जैसी विशेष घटनाओं पर ही दी जाती है। 2. किसी सदस्य को हटाने के लिए मृत्यु प्रमाण पत्र या तलाक समझौते की सत्यापित प्रति, जैसा भी लागू हो, जमा करनी होगी। 3. अगर प्रीमियम में कोई संशोधन होता है, तो वह अगली प्रीमियम देय तिथि से लागू होगा, I would like to delete the below Life Insured member from the Policy mentioned above.

मैं ऊपर उल्लिखित पॉलिसी से नीचे दिए गए जीवन बीमाधारक सदस्य को हटाना चाहता हूँ।

Name: \_\_\_\_\_ Date Of Birth: DD/MM/YYYY Sex: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ जन्मतिथि: \_\_\_\_\_ लिंग: \_\_\_\_\_

Reason for deletion: \_\_\_\_\_ Date of Divorce: DD/MM/YYYY Date of Death: DD/MM/YYYY

हटाने का कारण: \_\_\_\_\_ तलाक की तारीख: \_\_\_\_\_ मृत्यु तारीख: \_\_\_\_\_

☐ **CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT COPY (POLICY SERVICING FORM FOR HEALTH PLANS 2)**  
**ग्राहक के पावती की प्रति (स्वास्थ्य योजना 2 के लिए पॉलिसी सर्विसिंग फॉर्म)**

Policy No: \_\_\_\_\_ Interaction ID: \_\_\_\_\_ Name of the Policyholder: \_\_\_\_\_

पॉलिसी संख्या: \_\_\_\_\_ इंटरैक्शन आईडी: \_\_\_\_\_ पॉलिसीधारक का नाम: \_\_\_\_\_

PS Request: \_\_\_\_\_ Documents accepted: ☐ Original Policy Document ☐ Others

पी एस अनुरोध: \_\_\_\_\_ स्वीकृत दस्तावेज़: ☐ मूल पॉलिसी दस्तावेज़ ☐ अन्य

Customer Relations Officer: \_\_\_\_\_ Date: DD/MM/YYYY Time: \_\_\_\_\_

ग्राहक संबंध अधिकारी: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

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.

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

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

☐ **CHANGE OF LIFE INSURED/POLICYHOLDER DATE OF BIRTH**  
बीमित व्यक्ति/पॉलिसीधारक की जन्मतिथि में बदलाव

☐ Life Insured  
बीमित व्यक्ति

☐ Policyholder  
पॉलिसीधारक

**General Rules**

**सामान्य नियम**

1. Incremental Premium, if any, needs to be paid as specified at the branch. 2. A valid age proof, containing the correct Date of Birth, should be submitted. 3. Change in Date of Birth is subject to underwriting.

1. अगर प्रीमियम में किसी प्रकार की बढ़ोत्तरी होती है, तो उसे शाखा में बताए गए तरीके से भुगतान किया जाना चाहिए। 2. सही जन्म तिथि वाला वैध आयु प्रमाण जमा किया जाना चाहिए। 3. जन्म तिथि में बदलाव अंडरराइटिंग के अधीन है।

Old Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Revised Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

पुरानी जन्मतिथि:

संशोधित जन्मतिथि:

**In case of change in Date of Birth of Life Insured**

**बीमित व्यक्ति की जन्मतिथि में परिवर्तन होने पर**

Name of Life Insured: \_\_\_\_\_

बीमित व्यक्ति का नाम:

Note: SMQ to be filled only for Addition of Member, Conversion and Revival options.

नोट: एसएमक्यू केवल सदस्य जोड़ने, रूपांतरण और रिवाइवल के विकल्पों के लिए भरा जाना चाहिए।

☐ **SHORT MEDICAL QUESTIONNAIRE (SMQ) for Health: Details of the Life to be Insured**  
स्वास्थ्य के लिए शॉर्ट मेडिकल प्रश्नावली (एसएमक्यू): जिस व्यक्ति का बीमा होने वाला है, उसका विवरण

**SECTION 1A: PERSONAL AND FAMILY HISTORY OF ALL LIVES TO BE INSURED**

**खंड 1A: बीमा किए जाने वाले सभी व्यक्तियों की व्यक्तिगत और परिवार की पिछली जानकारी**

**It is important to answer all questions truthfully. Failure to disclose material information could result in non-payment of claim.**

सभी सवालों का सही उत्तर देना ज़रूरी है। महत्वपूर्ण जानकारी का खुलासा न करने पर दावे का भुगतान न होने की स्थिति में नुकसान हो सकता है।

**Personal Medical Details:** Please answer the questions given below by tick marking against Yes or No.

**निजी मेडिकल जानकारी:** कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर हाँ या नहीं के सामने सही का निशान लगाकर दें।

**A.** 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?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**A.** क्या आप या कोई अन्य बीमित व्यक्ति वर्तमान में उच्च रक्तचाप, मधुमेह, कैंसर, सीने में दर्द, हृदय विकार, जोड़ों के विकार या किसी यकृत या गुर्दे के विकार से पीड़ित है या कभी पीड़ित रहा है?

**B.** 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?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**B.** क्या आप या कोई अन्य बीमित व्यक्ति वर्तमान में किसी अन्य दीर्घकालिक चिकित्सा बीमारी से पीड़ित है या कभी पीड़ित रहा है या किसी भी प्रकार की शारीरिक विकृति या विकलांगता से ग्रस्त है?

**C.** In the last 5 years, have you or any other Life to be Insured been hospitalised, undergone a surgery or taken treatment for a continuous period exceeding 7 days?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**C.** पिछले 5 वर्षों में, क्या आप या कोई अन्य बीमित व्यक्ति लगातार 7 दिनों से अधिक समय के लिए अस्पताल में भर्ती हुआ है, सर्जरी कराई है या इलाज कराया है?

**D.** In the last 6 months, have you or any other Life to be Insured experienced any recurring health problem or undergone any medical investigation other than routine health checks?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**D.** क्या पिछले 6 महीनों में आपको या किसी अन्य बीमित व्यक्ति को बार-बार किस समान स्वास्थ्य समस्या का सामना करना पड़ा है या नियमित स्वास्थ्य जांच के अलावा किसी अन्य मेडिकल जांच से गुजरना पड़ा है?

**E.** Has your or any other Life to be Insured's Proposal for issuance 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?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**E.** क्या आपके या किसी अन्य बीमित व्यक्ति के जीवन, स्वास्थ्य या दुर्घटना बीमा के लिए प्रस्ताव या जारी करने के आवेदन को कभी अस्वीकार किया गया है, स्थगित किया गया है, वापस लिया गया है, अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया है या किसी विशेष शर्त के अधीन जारी किया गया है?

**F.** Have you or any other Life to be Insured ever made a claim on any Health Policy including any employer paid Group Policy?

☐ Yes  
हाँ

☐ No  
नहीं

**F.** 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?

If you have answered Yes to A, B, C and D, please provide Additional Details in section 1B. Also provide relevant copies of hospital reports, consultation and investigation reports for the medical condition, if available.

यदि आपने A, B, C और D के लिए हाँ में उत्तर दिया है, तो कृपया खंड 1B में अतिरिक्त विवरण प्रदान करें। साथ ही, यदि उपलब्ध हो तो मेडिकल कंडीशन के लिए अस्पताल की रिपोर्ट, परामर्श और जांच रिपोर्ट से जुड़ी प्रतियाँ भी प्रदान करें।

If you have answered Yes to E, please provide Additional Details in section 1C.

यदि आपने E का उत्तर हाँ में दिया है, तो कृपया खंड 1C में अतिरिक्त विवरण प्रदान करें।

If you have answered Yes to F, please provide Additional Details in section 1D.

यदि आपने F का उत्तर हाँ में दिया है, तो कृपया खंड 1D में अतिरिक्त विवरण प्रदान करें।

☐ **Section 1B: Additional Details (If you have answered Yes to A, B, C and D in section 1A above)**  
**खंड 1B: अतिरिक्त विवरण (यदि आपने उपरोक्त खंड 1A में A, B, C और D के लिए हाँ में उत्तर दिया है)**

Insured Name (s) बीमित व्यक्ति का नाम		
Relevant question no. from Section 1A खंड 1A से जुड़े प्रश्न क्रमांक		
Name of ailment/condition, nature of symptom(s) बीमारी/कंडीशन का नाम, लक्षण की प्रकृति		
Date first diagnosed/treated or symptom(s) identified पहली डायग्नोस्टिक/इलाज या लक्षण(लक्षणों) की पहचान की तारीख		
Details of investigation(s) done (please include dates) की गई जांच(ओं) का विवरण, कृपया तारीख भी बताएं		
Details of past and current treatment (please include dates) 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?		

(Please attach a separate sheet in case the space is inadequate)  
(जगह पूरी न होने पर कृपया अलग से एक पृष्ठ प्रदान करें)

**Section 1C: Additional Details (If you have answered Yes to E in section 1A above)**

**खंड 1C: अतिरिक्त विवरण (यदि आपने ऊपर खंड 1A में E का उत्तर हाँ में दिया है)**

**Please tick ☒ where applicable**

**कृपया जहां लागू हो वहां सही का निशान लगाएँ ☒**

Insured Name बीमित व्यक्ति का नाम	P पी	EP ईपी	SP एसपी	W डब्ल्यू	D डी	Name of Insurer बीमाकर्ता का नाम	Reason / Description कारण / विवरण	Policy No (if applicable) पॉलिसी संख्या (यदि लागू हो)

**P:** Postponed **EP:** Accepted with Extra Premium

**पी:** स्थगित **ईपी:** अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकृत

**SP:** Accepted on other Special Terms

**एसपी:** अन्य विशेष शर्तों पर स्वीकृत

**W:** Withdrawn

**डब्ल्यू:** वापस लिया गया

**D:** Declined

**डी:** अस्वीकृत

(Please attach a separate sheet in case the space is inadequate)

(जगह पूरी न होने पर कृपया अलग से एक पृष्ठ प्रदान करें)

**Section ID: Additional Details (If you have answered Yes to F in section 1A above)****खंड 1D: अतिरिक्त विवरण (यदि आपने उपरोक्त खंड 1A में F का उत्तर हां में दिया है)**

Insured Name बीमित व्यक्ति का नाम	Name of the Insurance Company where you have filed or intend to file a claim बीमा कंपनी का नाम जहां आपने दावा दायर किया है या दायर करने का इरादा रखते हैं।	Claim Amount (INR) दावा की राशि (INR)	Date of Claim दावा करने की तारीख	Status of Claim दावे की स्थिति	Reason for claim दावे का कारण

(Please attach a separate sheet in case the space is inadequate)

(जगह पूरी न होने पर कृपया अलग से एक पृष्ठ प्रदान करें)

**DECLARATIONS & AUTHORISATIONS****घोषणाएँ और प्राधिकरण****Declaration & Authorisations on behalf of all persons proposed to be insured**

बीमा कराने के लिए 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 underwriting Policy of the HDFC Life Insurance Company ("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 इंड्योरेंस पॉलिसी का आधार बनेगी, यह एचडीएफसी लाइफ इंड्योरेंस 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/दूंगी।
- I consent to the Company or any of its authorized 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 authorized 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 संचालन 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  
मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इलस्ट्रेशन में वर्णित प्रॉडक्ट को पढ़ा और समझा है। मैंने इंड्योरेंस/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।

Place: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ DD/MM/YYYY  
स्थान: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_  
Name of Policyholder: \_\_\_\_\_  
पॉलिसीधारक का नाम: \_\_\_\_\_

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।

Declarant Name: \_\_\_\_\_

घोषणाकर्ता का नाम:

Declarant Address: \_\_\_\_\_

घोषणाकर्ता का पता:

Date: DD/MM/YYYY Place: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_ स्थान: \_\_\_\_\_

SIGN HERE  
यहाँ हस्ताक्षर करें

(Signature of the Declarant)  
(घोषणाकर्ता का हस्ताक्षर)

**NOTE  
नोट**

With reference to recent regulatory changes, please submit PAN or Form 60 (if you do not have a PAN) with HDFC Life with immediate effect. Pls update via My Account/service@hdfclife.com/022-68446530/HDFC Life branch. Ignore if submitted.

हाल ही में हुए रेगुलेटरी आवश्यकताओं के अनुसार कृपया एचडीएफसी लाइफ के पास तत्काल पैन या फॉर्म 60 (यदि आपके पास पैन नहीं है) जमा करें। इसके लिए कृपया My Account/service@hdfclife.com/022-68446530/HDFC Life branch पर या फिर नजदीकी एचडीएफसी लाइफ की शाखा पर विजिट करें। अगर आपने पहले ही जमा कर दिया है, तो कृपया इसे अनदेखा करें।

**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।

**Communication address:** 14th Floor, Lodha Excelus, Apollo Mills Compound, N.M. Joshi Marg, Mahalaxmi, Mumbai - 400 011.

**संचार पता:** 14वीं मंजिल, लोढ़ा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एनएम जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 400 011।

For queries or more information, call us on **022-68446530** (Call charges apply). Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm. DO

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।

NOT prefix any country code e.g. +91 or 00. | Email - [service@hdfclife.com](mailto:service@hdfclife.com) | [nriservice@hdfclife.com](mailto:nriservice@hdfclife.com) (For NRI customers only) Visit - [www.hdfclife.com](http://www.hdfclife.com)

किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ। ईमेल - [service@hdfclife.com](mailto:service@hdfclife.com) | [nriservice@hdfclife.com](mailto:nriservice@hdfclife.com) (केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) विजिट करें - [www.hdfclife.com](http://www.hdfclife.com)

