PSRF608425071621 Comp/July/Int/4696				
Policy Servicing Request Fo Health Plans - 2 पॉलिसी सर्विसिंग अनुरोध फॉर्म- स्व योजनाएँ - 2	शाखा: Receipt Da	प्रयोग के लिए: ite & Time: दिनांक और समय: yy: nD:		<b>HDFC</b> <b>Life</b> Sar utha ke jiyo!
Policy Number: पॉलिसी संख्या:				
पालसा सख्या. Name of the Policyholder:(First Nam पॉलिसीधारक का नाम: (प्रथम नाम)	ne)	(Middle Name) (मध्य नाम)		st Name) तेम नाम)
ADDITION OF MEMBER (Please fi जोड़े गए सदस्य (कृपया पृष्ठ 2 पर एसएमक				
<u>General Rules:</u> सामान्य नियम:				
<ol> <li>Addition of another member is applical adoption and marriage. 3. All time bound to underwriting. 5. Identity, address and specified at the branch. 7. Proof of married 1. किसी अन्य सदस्य को जोड़ना केवल "फैमिली फ्लोट जोड़े गए सभी सदस्यों पर समयबद्ध बहिष्करण और वेदि अगर प्रीमियम में किसी प्रकार की बढ़ोत्तरी होती है, तो श Iwould like to add a new member (details n मैं उपरोक्त पॉलिसी के तहत बीमा कराने के लिए एक नया सर</li></ol>	d exclusions and waitin age proofs of the new n ige and adoption are to र" योजनाओं पर लागू होता है। टेंग पीरियड लागू होगी। 4. सदस् गाखा में बताए गए अनुसार भुगत nentioned below) to be i	g period shall apply to suc nember(s) are to be submi be submitted, where appl 2. सभी नए सदस्यों को केवल जन्म य को जोड़ना अंडरराइटिंग के अधी- तान किया जाना चाहिए। 7. जहां ला nsured as part of the above	h added members. 4. Addi tted. 6. Incremental premis icable. , गोद लेने और विवाह जैसी विशिष्ट १ । है। 5. नए सदस्य(यों) की पहचान, 1 गू हो, वहां विवाह और गोद लेने का प्र	tion of member is subject um, if any, needs to be paid as वटनाओं पर ही जोड़ा जा सकता है। 3. ऐसे पता और आयु प्रमाण जमा करना होगा। 6.
Name: -пн:				
	əx: iग:	Height: ऊंचाई:	(cms) Weight: (से.मी.) वजन:	(kgs) (किग्रा)
Reason for Addition of member: सदस्य जोडने का कारण:				
Date of Marriage:	DD/MM/YYYY	Date of Add	ption:	DD/MM/YYYY
शादी की तारीख: Relationship with Proposer:		गोद लेने की त Nationality:		Residence:
प्रस्तावक के साथ संबंध:		राष्ट्रीयता:	निवास का देश	Γ:
Educational Qualification: Non-Matric शैक्षणिक योग्यता: गैर मैट्रिक		raduate Postgradua नातक स्नातकोत्तर	ate Others अन्य	
Dccupation: Salaried Self-Empl पेशा: नौकरीपेशा स्वनियोजित	loyed Student विद्यार्थी	Housewife C गृहिणी	Dthers (Please specify) अन्य (कृपया पूरी जानकारी दें)	
If Salaried, specify Company Name:			ation:	
यदि नौकरीपेशा हैं, तो कंपनी का नाम बताएं: If Self-Employed, specify business/occupa	tion:	पद का न	4.	संपर्क नंबर:
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 divorce agreement, as applicable, has to Premium due date, 1. किसी सदस्य को हटाने की अनुमति केवल जीवन बीम सत्यापित प्रति, जैसा भी लागू हो, जमा करनी होगी। 3. द I would like to delete the below Life Insured मैं ऊपर उल्लिखित पॉलिसी से नीचे दिए गए जीवन बीमाधारव Name:	be submitted for delet ाधारक की मृत्यु और तलाक जै अगर प्रीमियम में कोई संशोधन ह member from the Polic क सदस्य को हटाना चाहता हूं।	ion of a member. 3. The rev सी विशेष घटनाओं पर ही दी जाती i डोता है, तो वह अगली प्रीमियम देय i y mentioned above. Dai जन्म Da	rised Premium, if any, will b है। 2. किसी सदस्य को हटाने के लिए	e applicable from the next मृत्यु प्रमाण पत्र या तलाक समझौते की Sex:
CUSTOMER ACKNOWLEDGEMENT ग्राहक के पावती की प्रति (स्वास्थ्य योजना	2 के लिए पॉलिसी सर्विसिंग	ा फॉर्म)	-	
Policy No:Interc पॉलिसी संख्या: इंटरेक्श	action ID: ान आईडी:	Name of the पॉलिसीधारक का	Policyholder: नाम:	
PS Request: पी एस अनुरोध:	Documents ace स्वीकृत दस्तावेज़:	cepted: Original Policy मूल पॉलिसी दस्ताव	/ Document 🗌 Others ोज़ अन्य	Branch Stamp शाखा की मोहर
Customer Relations Officer: ग्राहक संबंध अधिकारी:	Date: DD/MM/YYY तारीख:	Y Time: समय:		
ग्राहक सबय आयंकारा. For queries or more information, call us on <b>022-6</b> कोई भी सवाल पूछने या अधिक जानकारी के लिए, हमें <b>022-6844</b> ( Email- <b>service@hdfclife.com   nriservice@hdfclif</b> ईमेल - <b>service@hdfclife.com   nriservice@hdfclife</b> .	8446530 (Call charges appl <sup>,</sup> 6530 (कॉल शुल्क लागू) पर कॉल करें fe.com (For NRI customers	y). Available Mon-Sat from 10 a । यह सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से श only) Visit- <b>www.hdfclife.com</b>	ााम 7 बजे तक उपलब्ध है। किसी भी देश क	buntry code e.g. +91 or 00. 1 कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ।
		(Page 1-5)		
		पृष्ठ 1 का 5		

CHANGE OF LIFE INSURED/POLICYHOLDER DATE OF BIRTH						
बीमित व्यक्ति/पॉलिसीधारक की जन्मतिथि में बदलाव						
बीमित व्यक्ति पॉलिसीधारक General Rules						
सामान्य नियम R. Incremental Premium, if any, needs to be paid as specified at the branch. 2. A valid age proof, containing the correct E 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 कि						
अंडरराइटिंग के अधीन है। Old Date of Birth:/ Revised Date of Birth:// पुरानी जन्मतिथि: संशोधित जन्मतिथि:						
पुराना जम्नाताव. स्वतावित जम्नाताव. In case of change in Date of Birth of Life Insured बीमित व्यक्ति की जन्मतिथि में परिवर्तन होने पर						
Name of Life Insured:						
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 हां 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? 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?	☐ Yes ☐ No हाँ नहीं					
<b>B.</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? <b>B.</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?	☐ Yes ☐ No हाँ नहीं					
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? 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?	Yes No हाँ नहीं					
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? 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?	Yes No हाँ नहीं					
<ul> <li>E. Has your or any other Life to be Insured's Proposal for issuance or application for reinstatement for Life, Health orAccident Insurance ever been declined, postponed,withdrawn, accepted at extra Premium or subjected to any special terms?</li> <li>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?</li> </ul>	ि Yes ि No हाँ नहीं					
F. Have you or any other Life to be Insured ever made a claim on any Health Policy including any employer paid Group Policy? 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?	Yes No हाँ नहीं					
( Page 2 - 5 )						
(1352-23) (						

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 हां 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 हां में दिया है, तो कृपया खंड 1D में अतिरिक्त विवरण प्रदान करें।

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

Insured Name (s) बीमित व्यक्ति का नाम									
Relevant question no खंड 1A से जुड़े प्रश्न क्रमांक	o. from s	Sectior	n 1A						
Name of ailment/co nature of symptom( बीमारी/कंडीशन का नाम, ला	s)								
Date first diagnosed symptom(s) identifi पहली डायग्नोस्टिक/इलाज र की पहचान की तारीख	ed								
Details of investigati (please include date की गई जांच(ओं) का विवरण भी बताएं									
Details of past and c (please include date पिछले और वर्तमान इलाज क तारीख भी बताएं)	s)		ent						
Whether fully cured, undergoing treatme क्या आप पूरी तरह से ठीक हं इलाज चल रहा है?	nt?								
(Please attach a sep (जगह पूरी न होने पर कृपया				he spc	ice is ir	nadequate)			
Section IC: 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 हां में दिया है) Please tick  v where applicable कृपया जहां लागू हो वहां सही का निशान लगाएँ v									
Insured Name बीमित व्यक्ति का नाम	P पी	EP ईपी	SP एसपी	W डब्ल्यू	D डी	Name of Insurer बीमाकर्ता का नाम	Reason / D कारण / विवरा	escription ग	Policy No (if applicable) पॉलिसी संख्या (यदि लागू हो)

Page 3- 5 पृष्ठ 3 का 5

				रया है)		
ane gd a da genu sent genu sent genu sent genu sent  DECLARITIONS & AUTHORISATIONS  where the sent sent sent sent sent sent sent sen		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				
and gift and start with the type set of the start with the set of						
ane gd a da genu sent genu sent genu sent genu sent  DECLARITIONS & AUTHORISATIONS  where the sent sent sent sent sent sent sent sen						
Numeric of the state         Description of the state of the sta	Please attach a sep जगह पूरी न होने पर कृपया	arate sheet in case the space अलग से एक पृष्ठ प्रदान करें)	is inadequate)			
the servery decision, on my bonid and on bonid of all personse proposed to be insured. Into the active statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all negets to the best of my inowidedge and that I am authorised to propose on behalf of these other persons. Aurdh and a thin and a high are unalling at statements and bit grafts again (2000). Subject to the Board approved underwriting Policy of the state and the graft and graft again and statements and bit grafts again (2000). Subject to the Board approved underwriting Policy of the state and the statements and models and the statements of the insurance Policy, is subject to the Board approved underwriting Policy of the statements of the statements and the statements of the insurance Policy, is subject to the Board approved underwriting Policy of the statements of the state and the statements of the sta						
I hardby decidra, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured. That the above statements, answers and/or particulars given by me ore true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I an unchoised to propose on behalf of these other persons. If sured all set all states at a file to the generation and the set and the states at a file of the s		<b>Declaration &amp; Au</b> बीमा कराने	thorisations on beha के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तिय	i <b>lf of all persons prop</b> ों की ओर से घोषणा एवं प्राधि	<u>osed to be insu</u> red करण	
<ul> <li>understand that dil information provided in this proposal form/electronic proposal form ("Proposal Form") and any attachments are material to the insurer decision to provide this insurement, and the farmance will be provided, at the Company's sole discretion, in relinance upon the truth of such information.</li> <li>farmar, integrafi &amp; Ait was affur a farth of a farth again grift, and as diffur with a farth again and was at a scale A farth a fart again and the scale of the sole operation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal host been submitted but before communication on the life to be forgenzy.</li> <li>at the declare that i will notify in writing any change occurring in the accupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal host been submitted at the state agent company.</li> <li>at the declare that i will notify in writing any change occurring in the accupation or general health of the life to be insured/proposer of the anti-generation any insurance company.</li> <li>at the declare that i will notify in writing any change occurring in the accupation of the elliptic be insured/proposer of the many post or prosen host been many after at the scale anti-declare intervention on the life to be insured/proposer of the many post or prosen host been many and the scale anti-declare many insurement and any angent at the scale as at the scale and t</li></ul>	me are true and cor मैं अपनी ओर से तथा बीमा सभी प्रकार से सत्य और पू । l understand that th the HDFC Life Insura मैं समझता/समझती हूं कि	nplete in all respects to the best कराने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की र्ग हैं तथा मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प़ e information provided by me w nce Company ("Company") anc मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी इंश्योरेंस प	of my knowledge and t ओर से घोषणा करता/करती हूं ग्रस्ताव करने के लिए प्राधिकृत ह ill form the basis of the that the Policy will com ॉलिसी का आधार बनेगी, यह ए	that I am authorised to हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त हूँ। insurance Policy, is sub ne into force only after	propose on behalf of th कथन, उत्तर और/या विवरण oject to the Board appro full receipt of the premi	nese other persons. मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार oved underwriting Policy of um chargeable.
proposel has been submitted but before communication of the isk acceptance by the Company.                से वह गीचेला accrytach (首 क) the Arean and Rey and Hair (d) act and Bair Adipa is dirar से uged, aftir Adipa adipa dirachating activated representatives seeking medical information from any doctor of time an bogliad who at anytime local standad on the life to be insured/proposer on from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the to be insured/proposer or form any past or present employer concerning anything which affects the physical or metal health of the to be assured/proposer has been mode for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement and application for insurance control the life to be assured/proposer has been mode for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement and any half bar adip and the adip transma term at a standad anythe adip and the adip transma term at a standar and the proposal and/or claim settlement and standar adip to any of ta subharized representatives to seek medical information from any doctor/hospital/consultant/isuu that i area start at adip and the adip transma term at adit and the adip transma term at a different and the adit at adit at a start at the field with a start at adit adit adit at a start at adit adit adit adit adit adit adit	<ul> <li>I understand that all decision to provide th मैं समझता/समझती हूं कि</li> </ul>	information provided in this propo nis insurance, and that insurance v इस प्रस्ताव फॉर्म/इलेक्ट्रॉनिक प्रस्ताव फॉर्म	osal form/electronic prop vill be provided, at the Co ("प्रस्ताव फॉर्म") में दी गई सभ	ompany's sole discretior नी जानकारी और कोई भी अनु	n, in reliance upon the tru लग्नक बीमाकर्ता के इस बीमा व	ith of such information. को प्रदान करने के निर्णय के लिए
• consent to the Company or any of its authorized representatives seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime host attended on the life to be insueed/proposer or from any pasts or present employer concerning anything which affects the physical or mental beach 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 mode for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement. # केंसनी भी पीसे बात के बारे में विकिसा जानकारी माने की अनुसति देता/देती हुं, जो बीमित व्यक्ति/प्रसावक के शारीरिक या मानविक स्वास्थ को प्रमाविक हिंदा होनिक से पा बर्नमान विकेस में की जानकारी माने की अनुसति देता/देते हुं, जो बीमित व्यक्ति/प्रसावक के शारीरिक या मानविक स्वास्थ को प्रमाविक हिंदा होनिक से पा बर्नमान विकेस में बीमे की पी पीसे वार्दन / कीं सार्वति प्रसावक के शारीरिक या मानविक स्वास्थ को प्रमाविक हिंदा होनिक से पा बर्नमान विकेस में की की वा किसी भी बीस वार्दन// कीं होती की प्रसावक के शारीरिक या मानविक स्वास्थ को प्रमाविक हैं होने मैंने वा किसी भी बीस वार्दन// कीं होती की पा	proposal has been मैं यह भी घोषणा करता/व	submitted but before commun नरती हूँ कि मैं प्रस्ताव जमा किए जाने के बा	ication of the risk accep	ptance by the Compan	у.	
किसी भी ऐसी बाद के बरो में विकित्सा जातकारी मांगने की अनुसादी देता/देती हुं, जो बीमित वार्ती/ प्रसावक के वारीरिक या पानसिक सवास्य को प्रभावित करते हो, और किसी भी बीमा करते के जारीरिक या पानसिक सवास्य को प्रभावित करते हो, और किसी भी बीमा करते के जारीरिक या पानसिक सवास्य को प्रभावित करते हो, और किसी भी बीमा करते के जिए बीमा के लिए आवेदन किया गया हो, ताकि प्रसाव और/पा दावा निपटान को हामीदारी दी जा सके।         1 further consent and authorise the Company or any of its authorized representatives to seek medical information from any doctor/hospital/consultant/insu that I or any person proposed to be insured has attended or may attend in luture concerning any disease or illness in respect to a particular claim.         में कैयानी या राक्ष का प्रसाति है, किसी विशेष दावे के संध में किसी बीमारी या रोग के संध में देखाई हा verses in respect to a particular claim.         में कैयानी या राक्ष प्रसाती के प्राराति है, किसी विशेष दावे के संख में किसी बीमा रा रोग के संख में देखा है वा भीकि और शविश्व रदिन हो के लिए माहिम के ति के सांग के वा प्रसात करे के लिए प्रसात को अप शिक्ष र दोता (देता हु) किए सहारी और प्रारात दित हैं, कि सी बीम करती हैं।         • I underw timing and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory outhority.       मैं कंपनी के वारे प्रसात के से प्राराति हैं, किसी मी हिंदा प्रारात के के प्रसात के के प्रसात के के प्रसात के के प्रसात के के प्रारात के के प्रसात है।         • I grade at समत हू कि के परि सहा की भी खादय, प्रसत के से प्रारात हैं।       • agrat क साक्ष के नुप्र साति के के प्रसात के के प्रारात के के सार के के सार सं साक्ष के स्रारात के के सार के के सार के साक के सार के साक्ष के साक के सार के साक के सार के साक के साक के सार के साक के सार के साक के सार के साक के सार के साक के सार के साक के सात के साक के साक	<ul> <li>I consent to the Con has attended on the health of the life to k assured/proposer h</li> </ul>	npany or any of its authorized re e life to be insured/proposer or f be assured/proposer and seekin as been made for the purpose o	rom any past or presen g information from any of underwriting the prop	t employer concerning insurance company to posal and/or claim sett	anything which affects which an application f lement.	s the physical or mental or insurance on the life to be
with procedures/regulations. # इस बार से सहमत हुं कि कंपनी मेरे द्वारा किए गए सभी टेलीफोनिक लेन-देनों के लिए प्रक्रियाओं/नियमों के अनुसार वॉयस लॉग कैप्वर 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. # संचेच्छा 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 एकतित करने, संमाधित करने, प्राप्त करने, संग्रहीत करने, सौरा करने या संभालने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूं जो विभिन्न उद्देश्यों और आउटसोर्स गतिविधियों के लिए कंपनी से जुडे थर्ड पार्टी/विक्रेताओं के साथ/से, जो पॉलिसी के तहत आवश्यक रूप से जारी करने/संवा देने/नियटा से संबंधित हैं। • 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 # यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि में से सेल लिटरेचर और सेल्स इलस्ट्रेशन में वर्णित प्रॉडकट को पढ़ा और समझा है। मैंने इंश्योरेंस/रिवाइवल के लिए आवेदन करते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएँ, प्रकटीकरण, बडिफरण, नियम और शर्ते पढ़ी हैं। • understand that any false declaration or misrepresentation may be liable for rejection of the Proposal Form or the contract of insurance shall be treated nu and void from inception of the contract. Frau/ misrepresentation/ mistotement/ forfeiture/ suppression of material facts would be dealt with in accordance with the provisions of Section 45 of insurance Act 1938 as	किसी भी ऐसी बात के बारे जानकारी मांगने की अनुमां I further consent and that I or any person p मैं कंपनी या उसके किसी भ किसी ऐसे व्यक्ति ने, जिसे ब I further consent and proposal underwritin मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव प्राधिकरण के साथ साझा व	में चिकित्सा जानकारी मांगने की अनुमति व ते देता हूं, जिसके पास बीमित व्यक्ति/प्रस्ता authorise the Company or any of roposed to be insured has attendo ो अधिकृत प्रतिनिधि को किसी भी डॉक्टर/ ोमित किया जाना प्रस्तावित है, किसी विशे d authorise the Company to sho g and/or claims settlement and से संबंधित जानकारी, जिसमें मेडिकल रिक ज्रने के लिए सहमति और प्राधिकृत करता/	देता/देती हूं, जो बीमित व्यक्ति/! वक के लिए बीमा के लिए आवे ed or may attend in futur अस्पताल/परामर्शदाता/बीमाक ष दावे के संबंध में किसी बीमार्र re information pertainii l with any Governmento ॉर्ड भी शामिल है, को केवल प्रस् करती हूँ।	प्रस्तावक के शारीरिक या मार्ना दन किया गया हो, ताकि प्रस्ता atives to seek medical in e concerning any diseas र्ता से चिकित्सा जानकारी प्राप् ो या रोग के संबंध में देखा है य ng to my proposal inclu al and/or Regulatory au त्ताव हामीदारी और/या दावा नि	सेक स्वास्थ्य को प्रभावित करर्त व और/या दावा निपटान को हा formation from any doc se or illness in respect to न करने के लिए सहमति और अ ा भविष्य में देख सकता/सकती uding the medical reco Ithority. नेपटान के उद्देश्य से तथा किसी	ो हो और किसी भी बीमा कंपनी से मीदारी दी जा सके। tor/hospital/consultant/insu a particular claim. ाधिकार देता/देती हूं, जिसे मैंने या 'हूं। rds for the sole purpose of भी सरकारी और/या विनियामक
• 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 timel, 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.         # संखेश से अपने/हमारे संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या सूचना [जैसा कि सूचना प्रोद्योगिकी (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 हूं जो विभिन्न उद्देश्यों और आउटसोर्स गतिविधियों के लिए कंपनी से जुई थई पार्ट/[विक्रेताओं के साथ/से, जो पॉलिसी के तहत आवश्यक रूप से जारी करने/से से वी रित्ते]         • Inbereby also declare that I have read and understood the product as described in the sales literature and the sales lilustration. I have read the entire text, features, disclosures, exclusions, terms and conditions while applying for insurance         # यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इलर्ट्शन में वर्णित प्रॉडक्ट को पढ़ा और समझा है। मैंने इंश्वोरेंस/रिवाइवल के लिए आवेदन करते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएँ, pacadravro, faru और संग पी ही हाँ।         • understand that any false declaration or misrepresentation/misstatement/ forfeiture/ suppression of material facts would be dealt with in accordance with the provisions of Section 45 of Insurance ext 1938 as amended from time to time.         • मं सक्ता/समझती हूँ कि कोई भी गलत घोषणा या गलत बयानी प्रस्ता कॉर्म के आतरा करने के लिए उत्तरदायी हो सकती है या बीमा अनुबंध को अनुबंध की शुरुआत से ही शून्	with procedures/reg	ulations.				
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 हूं 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 # 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 शतें पदी 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 nu and void from inception of the contract. Fraud/ misrepresentation/ misratement/ 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. # समझता/समझती हूँ कि कोई भी गलत घोषणा या गलत बयानी प्रस्ताव फॉर्म को अन्तीकार 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 प्रावधान करने के लिए उत्तरदायी हो सकती है या बीमा अनुबंध की अनुबंध की शुरुआत से ही शून्य और आगन्य anर्रवाई की जाएगी। Idace:	<ul> <li>I voluntarily give my c Information Technolo time], with/ from third</li> </ul>	consent to collect, process, receive gy (Reasonable security practices d parties/vendors associated with	e, possess, store, deal or h s and procedures and se	nandle my/our sensitive nsitive personal data or	personal data or inform information) Rules 2011 c	ation [as defined in the as amended from time to
features, disclosures, exclusions, terms and conditions while applying for insurance # 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 शतें 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 nu 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. # 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 antर्रवाई की जाएगी। lace:	समय पर संशोधित किया ग	या है] को एकत्रित करने, संसाधित करने, प्र	ाप्त करने, रखने, संग्रहीत करने	, सौदा करने या संभालने के लि	ोए अपनी सहमति देता/देती हूं	पा सूचना) नियम 2011 में समय- जो विभिन्न उद्देश्यों और आउटसोर्स
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 घोखाधड़ी / गलत बयान / गलत बयान / जब्ती / महत्वपूर्ण तथ्यों को दबाने पर आवश्यक कार्रवाई की जाएगी। 'lace: Date: Date: DD/MM/YYYY RIR खात्रा के प्रावधानों के अनुसार घोखाधड़ी / गलत बयान / जब्ती / महत्वपूर्ण तथ्यों को दबाने पर आवश्यक कार्रवाई की जाएगी। 'lace: Date: Date: DD/MM/YYYY (Signature of Policyholder:	गतिविधियों के लिए कंपनी					
lace: Date:DD/MM/YYYY यान:तारीख: lame of Policyholder: रलिसीधारक का नाम:(Signature of Policyholder)	। hereby also declare features, disclosures, मैं यह भी घोषणा करता/कर	exclusions, terms and conditions v रती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इल	vhile applying for insurar	nce		
ॉलिसीधारक का नाम: (Signature of Policyholder)	<ul> <li>I hereby also declare features, disclosures, मैं यह भी घोषणा करता/क प्रकटीकरण, बहिष्करण, निः</li> <li>I understand that any and void from incepti with the provisions of मैं समझता/समझती हूँ कि व माना जाएगा। समय-समय प</li> </ul>	exclusions, terms and conditions v रती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इत यम और शर्तें पढ़ी हैं। / false declaration or misrepresen on of the contract. Fraud/ misrepr Section 45 of Insurance Act 1938 ( कोई भी गलत घोषणा या गलत बयानी प्रस्त	vhile applying for insurar स्ट्रेशन में वर्णित प्रॉडक्ट को प tation may be liable for r esentation/ misstatemer as amended from time to ाव फॉर्म को अस्वीकार करने के	nce ढ़ा और समझा है। मैंने इंश्योरेंस ejection of the Proposal nt/ forfeiture/ suppressic p time. i लिए उत्तरदायी हो सकती है य	ı/रिवाइवल के लिए आवेदन क Form or the contract of ii on of material facts woul ा बीमा अनुबंध को अनुबंध की	रते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएँ, nsurance shall be treated nul d be dealt with in accordance शुरुआत से ही शुन्य और अमान्य
	<ul> <li>I hereby also declare features, disclosures, मैं यह भी घोषणा करता/कन प्रकटीकरण, बहिष्करण, निः</li> <li>I understand that any and void from incepti with the provisions of मैं समझता/समझती हूँ कि व माना जाएगा। समय-समय प कार्रवाई की जाएगी।</li> <li>Place:</li> <li>थान:</li> </ul>	exclusions, terms and conditions v रती हूँ कि मैंने सेल्स लिटरेचर और सेल्स इत 4 म और शतें पढ़ी हैं। 1 false declaration or misrepresen on of the contract. Fraud/ misrepr Section 45 of Insurance Act 1938 d फ़ोई भी गलत घोषणा या गलत बयानी प्रस्त रर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की ध तार्र	vhile applying for insurar तस्ट्रेशन में वर्णित प्रॉडक्ट को प tation may be liable for r esentation/ misstatemen is amended from time to ाव फॉर्म को अस्वीकार करने के ारा 45 के प्रावधानों के अनुसार ate:	nce ढ़ा और समझा है। मैंने इंश्योरेंस ejection of the Proposal nt/ forfeiture/ suppressic p time. i लिए उत्तरदायी हो सकती है य : धोखाधड़ी / गलत बयान / गल	ı/रिवाइवल के लिए आवेदन क Form or the contract of ii on of material facts woul ा बीमा अनुबंध को अनुबंध की	रते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएँ, nsurance shall be treated nul d be dealt with in accordance शुरुआत से ही शून्य और अमान्य तथ्यों को दबाने पर आवश्यक SIGN HERE

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:		 SIGN HERE यहाँ हस्ताक्षर करें
Declarant Address: घोषणाकर्ता का पता:		
Date:DD/MM/YYYY तारीख:	Place: स्थान:	(Signature of the Declarant) (घोषणाकर्ता का हस्ताक्षर)

## NOTE ਜੀਤ

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: L65110MH2000PLC1282451 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 | nriservice@hdfclife.com (For NRI customers only) Visit- www.hdfclife.com किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ। ईमेल - service@hdfclife.com | nriservice@hdfclife.com (केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) विजिट करें - www.hdfclife.com



asutha ke jiyo!