

Policy Servicing Request Form - 1  
पॉलिसी सर्विसिंग अनुरोध फॉर्म - 1  
**Minor Alterations**  
सामान्य बदलाव

For office use only:  
केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए:

Branch:

शाखा:

Employee ID:

कर्मचारी आईडी:

Date: DD/MM/YYYY

जन्म तिथि:

Signature Verified: ☐ Yes ☐ No

सत्यापित हस्ताक्षर: हाँ नहीं



Please use Black Ink to fill the format

कृपया फॉर्म भरने के लिए काली स्याही वाले कलम का इस्तेमाल करें

\* Indicates mandatory fields

\* चिन्ह वाले स्थानों को भरना अनिवार्य है

**Policyholder Details**

**पॉलिसी धारक का विवरण**

Policy No.:

पॉलिसी संख्या.:

Name of the Policyholder:

पॉलिसी धारक का नाम:

E Insurance A/c No.

ई इश्योरेंस खाता संख्या.

**Correction/Change of Contact/PAN Details**

**संपर्क/पैन विवरण में सुधार/बदलाव**

PAN:			
पैन:			
Email ID		Alternate Email ID	
ईमेल आईडी		वैकल्पिक ईमेल आईडी	
Mobile No.		Landline (Residence) No.	
मोबाइल नं.		लैंडलाइन (निवास) नं.	
Alternate Mobile No.		Landline (Office) No.	
वैकल्पिक मोबाइल नं.		लैंडलाइन (ऑफिस) नं.	

Contact details will be updated for all future communications. The above mentioned contact number will be considered as consent to communicate. Email ID will be updated to the system post verifications by the customer.

भविष्य में हर तरह के संचार के लिए संपर्क विवरण अपडेट किए जाएंगे। ऊपर बताए गए संपर्क नंबर पर संचार के लिए आपकी सहमति मानी जाएगी। ग्राहक द्वारा सत्यापन के बाद ईमेल आईडी सिस्टम में अपडेट की जाएगी।

**Change in Address**

**पता में बदलाव**

**Communication Address**

**संचार पता**

**Permanent Address**

**स्थायी पता**

<input type="checkbox"/> Owner (Policyholder) स्वामी (पॉलिसी धारक)	<input type="checkbox"/> Life Assured बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड)	<input type="checkbox"/> Nominee / Beneficiary नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी	<input type="checkbox"/> Appointee नियुक्त व्यक्ति	<input type="checkbox"/> Assignee असाइनी	<input type="checkbox"/> Joint Life जाइंट लाभ	<input type="checkbox"/> Trustee ट्रस्टी
House / Flat No.						
घर/फ्लैट संख्या.						
Street / Area						
स्ट्रीट/एरिया						
City / District - Pin code						
शहर / जिला - पिन कोड						
State						
राज्य						

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

एचडीएफसी लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड. 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 (Policy Service Request form I)**

**ग्राहक के पावती की प्रति (पॉलिसी सर्विस अनुरोध फॉर्म I)**

Policy No.:

पॉलिसी संख्या.:

Request received for: \_\_\_\_\_

अनुरोध का कारण:

Interaction ID: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

इंटरैक्शन आईडी:

प्राप्तकर्ता:

तारीख:

Branch Stamp  
शाखा की मोहर

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

**022-68446530** पर कॉल करें (एसटीडी शुल्क लागू)। किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ। सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध है

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)

ईमेल - [service@hdfclife.com](mailto:service@hdfclife.com) | [nriservice@hdfclife.com](mailto:nriservice@hdfclife.com) (केवल NRI ग्राहकों के लिए) विजिट करें - [www.hdfclife.com](http://www.hdfclife.com)

This change is applicable to all policies held under your client ID. Please use a separate format if Nominee / Beneficiary / Appointee's address is different from the Life Assured.

यह बदलाव आपके क्लाइंट आईडी के अंतर्गत आने वाली सभी पॉलिसी पर लागू है। अगर नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी/नियुक्त व्यक्ति का पता बीमा प्राप्त करने वाले (लाइफ इंश्योर्ड) से अलग है, तो कृपया अलग फॉर्म का उपयोग करें।

**Valid Address Proofs:** Passport, Voter's ID Card, Driving License and Aadhar Card.

**वैध पता प्रमाण:** पासपोर्ट, मतदाता पहचान पत्र, ड्राइविंग लाइसेंस और आधार कार्ड।

### Correction/Change in Name

नाम में सुधार/बदलाव

Role भूमिका	Present Name वर्तमान नाम	New Name नया नाम
Life Assured बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड)		
Policyholder पॉलिसी धारक		
Nominee / Beneficiary नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी		
Appointee नियुक्त व्यक्ति		

For any change/ addition/ deletion of surname due to marriage /divorce / adoption- concerned Govt issued documentary evidence is required.

For any change in name a Gazette copy is required.

For any correction in name: valid Govt Age proof is required with the new name and date of birth.

विवाह/तलाक/गोद लेने के कारण उपनाम (सरनेम) में किए जाने वाले किसी भी बदलाव/जोड़ने/हटाने के लिए सरकार द्वारा जारी इससे जुड़े दस्तावेजी साक्ष्य की जरूरत होती है। नाम में किसी भी बदलाव के लिए राजपत्र (गैज़ेट) की प्रति की जरूरी होती है।

नाम में किसी भी सुधार के लिए: नए नाम और जन्म तिथि के साथ वैध सरकारी आयु प्रमाण पत्र जरूरी है।

### Correction/Change in DoB

जन्म तिथि में सुधार/बदलाव

<input type="checkbox"/> Owner (Policyholder) स्वामी (पॉलिसी धारक)	<input type="checkbox"/> Life Assured बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड)	<input type="checkbox"/> Nominee / Beneficiary नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी	<input type="checkbox"/> Appointee नियुक्त व्यक्ति	<input type="checkbox"/> Assignee असाइनी	<input type="checkbox"/> Joint Life जाइंट लाभ	<input type="checkbox"/> Trustee ट्रस्टी
--	---	---	---	---	--	---

Date Of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Due to a change in DoB, if the nominee becomes Minor, please provide Appointee details.

अगर जन्मतिथि में बदलाव के कारण नामांकित व्यक्ति नाबालिग हो जाता है, तो कृपया नियुक्त व्यक्ति का विवरण प्रदान करें।

Change in Life assured DOB shall have an impact on underwriting and may lead to additional charges/premium.

बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) की जन्मतिथि में बदलाव से अंडरराइटिंग पर असर पड़ेगा और अतिरिक्त शुल्क/प्रीमियम लग सकता है।

### Customer Acknowledgement Copy (Policy Service Request form 1)

ग्राहक के पावती की प्रति (पॉलिसी सर्विस अनुरोध फॉर्म 1)

Policy No.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

पॉलिसी संख्या

Request received for: \_\_\_\_\_

अनुरोध का कारण:

Interaction ID: \_\_\_\_\_

इंटरैक्शन आईडी:

Received by: \_\_\_\_\_

प्राप्तकर्ता:

Date: \_\_\_\_\_

तारीख:

Branch Stamp  
शाखा की मोहर

Call **022-68446530** (STD charges apply). DO NOT prefix any country code e.g. +91 or 00. Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm

**022-68446530** पर कॉल करें (एसटीडी शुल्क लागू)। किसी भी देश का कोड जैसे +91 या 00 न लगाएँ। सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध है।

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)

ईमेल - [service@hdfclife.com](mailto:service@hdfclife.com) | [nriservice@hdfclife.com](mailto:nriservice@hdfclife.com) (केवल NRI ग्राहकों के लिए) विजिट करें - [www.hdfclife.com](http://www.hdfclife.com)

**Correction/Change in Nominee/Beneficiary/Appointee details****नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी/नियुक्त व्यक्ति के विवरण में सुधार/बदलाव**

Details विवरण	Nominee 1 <input type="checkbox"/> नामांकित व्यक्ति 1	Beneficiary 1 <input type="checkbox"/> लाभार्थी 1	Appointee <input type="checkbox"/> नियुक्त व्यक्ति	Nominee 2 <input type="checkbox"/> नामांकित व्यक्ति 2	Beneficiary 2 <input type="checkbox"/> लाभार्थी 2
Name नाम					
Date of Birth जन्म तिथि					
Gender पुरुष/महिला					
Marital Status वैवाहिक स्थिति					
Contact Number संपर्क नंबर					
Email ID ईमेल आईडी					
Address पता					
Relationship with Life Assured बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) के साथ संबंध					
% of Entitlement पात्रता का %					

**Appointee Details (if the Nominee is a minor)****नियुक्त व्यक्ति का विवरण (यदि नामांकित व्यक्ति नाबालिग है)**

☐ Addition of Appointee  
नियुक्त व्यक्ति को जोड़ें

☐ Change of Appointee  
नियुक्त व्यक्ति का बदलाव

Name नाम	
Date of Birth जन्म तिथि	
Relationship with the Nominee / Beneficiary नामांकित व्यक्ति/लाभार्थी के साथ संबंध	
Address पता	

Beneficiary should be a blood relative. Change in beneficiary is not allowed for specific products in the Children's plan and Young Star plan categories. It will be allowed under demise or divorce cases only. As per the insurance act 1938, as amended from time to time nomination cannot be effected if the policy owner and the Life Assured(s) are different entities. All previous nominations shall be automatically cancelled on execution of this form and the nomination last received by the company shall prevail over all previous nominations. If the Nominee is a minor an Appointee who is a major must be mentioned in this form. If the nominee is other than first degree relative, then MHQ - Moral hazard questionnaire should be attached along with this form. In case of Absolute assignment, Nominee / Beneficiary / Appointee change cannot be processed.

लाभार्थीखून का रिश्तेदार (ब्लड रिलेटिव) होना चाहिए। चिंट्रेन प्लान और यंग स्टार प्लान कैटेगरी में खास प्रॉडक्ट के लिए लाभार्थी में बदलाव करने की अनुमति नहीं है। केवल मृत्यु या तलाक के मामलों में ही इसकी अनुमति दी जाएगी। समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम 1938 के अनुसार, यदि पॉलिसी का स्वामी और बीमित व्यक्ति अलग-अलग हैं, तो नामांकन प्रभावी नहीं हो सकता है। इस फॉर्म के निष्पादन पर सभी पिछले नामांकन अपने आप रद्द हो जाएंगे और कंपनी द्वारा प्राप्त अंतिम नामांकन ही मान्य होगा। यदि नामांकित व्यक्ति नाबालिग है, तो इस फॉर्म में नियुक्त व्यक्ति जो वयस्क है, का उल्लेख किया जाना चाहिए। यदि नामांकित व्यक्ति प्रथम श्रेणी का रिश्तेदार नहीं है, तो इस फॉर्म के साथ MHQ - नैतिक जोखिम प्रश्नावली संलग्न की जानी चाहिए। पूर्ण असाइनमेंट के मामले में, नामांकित व्यक्ति / लाभार्थी / नियुक्त व्यक्ति में बदलाव को प्रोसेस नहीं किया जा सकता है।

Declaration by the Policyholder / Assignee

पॉलिसी धारक / असाइनी द्वारा घोषणा

1. I/We hereby declare that the particulars given above are correct. If the transaction is delayed or not effected at all for reason of incomplete or incorrect information provided by me/us above, I/We would not hold HDFC Life Insurance Company Limited or any of its associates/ employees/agents responsible. Further, I/We agree to indemnify or keep indemnifying HDFC Life against any loss, claim, damage or expenses arising out of any incomplete or incorrect information provided by me/us above.
1. मैं/हम यह घोषणा करते हैं कि ऊपर दिए गए सभी विवरण बिलकुल सही हैं। यदि मेरे/हमारे द्वारा दी गई अधूरी या गलत जानकारी के कारण ट्रांजैक्शन में देरी होती है या नहीं की जाती है, तो मैं/हम एचडीएफसीलाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या उसके किसी भी सहयोगी/कर्मचारी/एजेंट को जिम्मेदार नहीं ठहराएंगे। इसके अलावा, मैं/हम मेरे/हमारे द्वारा दी गई किसी भी अधूरी या गलत जानकारी के कारण होने वाले किसी भी नुकसान, दावे, क्षति या व्यय के खिलाफ एचडीएफसी लाइफ को क्षतिपूर्ति करने या क्षतिपूर्ति करते रहने के लिए सहमत हैं।
2. I have understood the meaning and the scope of this form and take complete responsibility for the changes submitted by me herein.
2. मैंने इस फॉर्म का अर्थ और कार्य-क्षेत्र सही से समझ लिया है और मैं इसमें मेरे द्वारा प्रस्तुत किए गए बदलावों की पूरी जिम्मेदारी लेता/लेती हूँ।
3. I/We further undertake to refund any excess amount whether demanded by HDFC Life or not, which has been credited in excess to my/our account at any time due to any reason.
3. मैं/हम किसी भी कारण से किसी भी समय मेरे/हमारे खाते में अतिरिक्त जमा राशि को एचडीएफसी लाइफ द्वारा मांगी गई या नहीं मांगी गई किसी भी अतिरिक्त राशि को वापस करने का वचन देता/देती हूँ/देते हैं।
- ☐ I hereby declare that I am sharing my Aadhaar details with HDFC Life Insurance Company Limited for processing my request related to my insurance policy. I give my express consent to HDFC Life to process and verify my Aadhaar data in a manner prescribed under law. I am sharing my Aadhaar details on my own volition and free will and HDFC Life has not mandated or forced me to disclose my Aadhaar details. मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं अपनी लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसी से संबंधित अनुरोध को प्रोसेस करने के लिए एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के साथ अपने आधार विवरण शेयर कर रहा/रही हूँ। मैं एचडीएफसी लाइफ को नियम के तहत निर्धारित तरीके से मेरे आधार डेटा को प्रोसेस करने और सत्यापित करने के लिए अपनी स्पष्ट सहमति देता/देती हूँ। मैं अपनी इच्छा और स्वतंत्र इच्छा से अपने आधार विवरण शेयर कर रहा/रही हूँ और एचडीएफसी लाइफ ने मुझे अपने आधार विवरण की जानकारी देने के लिए बाध्य या मजबूर नहीं किया है।

<div>SIGN HERE यहाँ हस्ताक्षर करें</div> <div>Signature of Policyholder 1 पॉलिसी धारक 1 का हस्ताक्षर</div> <div>Date: DD/MM/YYYY तारीख:</div> <div>Place: _____ स्थान:</div>	<div>SIGN HERE यहाँ हस्ताक्षर करें</div> <div>Signature of Policy holder 2 (In case of Joint Life Assured) पॉलिसी धारक का हस्ताक्षर 2 (जाइंट लाइफ एश्योर्ड के मामले में)</div> <div>Date: DD/MM/YYYY तारीख:</div> <div>Place: _____ स्थान:</div>	<div>In case the policy is assigned, please provide signature of the Assignee with seal (wherever applicable): यदि पॉलिसी असाइन कर दी गई है, तो कृपया मुहर सहित असाइनी का हस्ताक्षर (जहां लागू हो) प्रदान करें:</div> <div>Date: DD/MM/YYYY तारीख:</div> <div>Place: _____ स्थान:</div>	<div>SIGN HERE यहाँ हस्ताक्षर करें</div> <div>Signature of Assignee असाइनी का हस्ताक्षर</div>
--	--	---	---

Third Party Declaration

थर्ड पार्टी की घोषणा

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

जिस व्यक्ति ने अपना अंगूठा लगाया है या स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं, उसने यह आवेदन फॉर्म नहीं भरा है। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन फॉर्म की विषय-वस्तु उसे समझा दी गई है और मैंने मुझे दिए गए उत्तरों को ईमानदारी से दर्ज किया है। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि उक्त व्यक्ति ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं या अपना अंगूठा लगाया है।

Name: \_\_\_\_\_  
नाम:

Address: \_\_\_\_\_  
पता:

Date: DD/MM/YYYY  
तारीख:

Place: \_\_\_\_\_  
स्थान:

SIGN HERE  
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Third Person  
किसी अन्य व्यक्ति के हस्ताक्षर