

Know Your Customer - Addendum

अपने ग्राहक को जानें - परिशिष्ट

(For Third Party Payment)

(थर्ड पार्टी के भुगतान के लिए)

Instructions

निर्देश

1. Details required to be provided are of the Payor paying the premium on behalf of the Policyholder.

1. यहाँ दी जाने वाली जानकारी पॉलिसीधारक की ओर से प्रीमियम का भुगतान करने वाले भुगतानकर्ता से जुड़ी है।

2. All points are mandatory.

2. सभी जनकारियों को भरा जाना अनिवार्य है।

3. Any cancellation or overwriting needs to be countersigned by the said person.

3. कोई भी जानकारी काटने, बदलने या ओवरराइटिंग करने पर उक्त व्यक्ति का प्रतिहस्ताक्षरित (काउंटर साइन) किया जाना जरूरी है।

Application/Policy No.: _____

आवेदन/पॉलिसी सं.: _____

1. Details

1. जानकारी

Name of the payor: _____

भुगतानकर्ता का नाम:

Payor Category

भुगतानकर्ता की श्रेणी

Individual* Company Partnership HUF Trust
व्यक्ति* कंपनी साझेदारी हिं.अ.प. ट्रस्ट

Others (Please specify). _____
अन्य (कृपया जानकारी दें)।

Name of the Authorised person in case of Company/Partnership/HUF(Karta)/Trust: _____

कंपनी/साझेदारी/हिं.अ.प.(कर्ता)/ट्रस्ट के मामले में अधिकृत व्यक्ति का नाम:

* Acceptable relations who can be payors are spouse, parents, children, siblings and grandparents

* भुगतानकर्ता के रूप में कुछ रिश्तेदार जैसे पति/पत्नी, माता-पिता, बच्चे, भाई-बहन और दादा-दादी को स्वीकार किया जा सकता है।

Affix recent
photograph of
payor

भुगतानकर्ता की
हाल की फोटो लगाएँ

Photograph to be
signed across by the
payor

फोटो पर भुगतानकर्ता
द्वारा हस्ताक्षर किया
जाना जरूरी है

Communication/Registered Address of the Payor: _____

भुगतानकर्ता का संचार/पंजीकृत पता:

City: _____ State: _____ Pin Code: _____
शहर: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

Mobile No.: _____ Email: _____
मोबाइल नं.: _____ ईमेल: _____

Payment Details

भुगतान का विवरण

Cheque/DD Fund Transfer Direct Debit NetBanking Debit/Credit Card Others
चेक/डिमांड ड्राफ्ट फंड ट्रांसफर सीधे डेबिट नेटबैंकिंग डेबिट/क्रेडिट कार्ड अन्य

Cheque No.: _____ Cheque Date _____ Amount: INR _____
चेक सं.: _____ चेक की तारीख _____ धनराशि: रुपये में _____

This is to certify that I am paying this premium on behalf of <PH First Name> <PH Last Name> related to me as my
<mention relation> due to <Reason>

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैं <PH प्रथम नाम> <PH अंतिम नाम> की ओर से मेरे

<संबंध का उल्लेख करें> के रूप में

<कारण>

के कारण इस प्रीमियम का भुगतान कर रहा हूँ।

Proof of Identity

पहचान प्रमाण

Document submitted for Identity Proof:

पहचान प्रमाण के लिए प्रस्तुत दस्तावेज़:

The policyholder/Payor has affixed his/her thumb impression or has signed in vernacular or has not filled the application.
पॉलिसीधारक/भुगतानकर्ता ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है या स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं या आवेदन पत्र नहीं भरा है।

I hereby declare that I have explained the contents of this application form to the Proposer/Policyholder/Payor in language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Proposer/Policyholder/Payor has signed or affixed his/her thumb impression in my presence.

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक/पॉलिसीधारक/भुगतानकर्ता को इस आवेदन पत्र की विषय-वस्तु को भाषा में समझा दिया है और मुझे दिए गए उत्तरों को ईमानदारी पूर्वक दर्ज कर लिया है। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि प्रस्तावक/पॉलिसीधारक/भुगतानकर्ता ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं या अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

Name: _____

नाम:

Address: _____

पता:

Date: _____ Place: _____

तारीख:

स्थान:

SIGN HERE

यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Proposer/Policyholder
प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के 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/अद्यतन 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 साझा 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

Consent for usage of Aadhaar information

आधार जानकारी के उपयोग हेतु सहमति

I voluntarily consent for Aadhaar based KYC, Aadhaar authentication or offline verification to be done through HDFC Life either now or anytime in future. I am aware that my Aadhaar number, Virtual ID, e-Aadhaar, XML, Masked Aadhaar, face authentication details and/or biometric information, Aadhaar demographic data including my name, address, gender, date of birth and photograph shall be shared by UIDAI with HDFC Life for KYC purposes/ due diligence. I confirm that I was provided an option for submitting other acceptable KYC Documents besides Aadhaar. I confirm that this consent is valid for KYC purposes/ due diligence done for issuance/ servicing of insurance policy(ies), claim related purposes or for any other regulatory/ statutory related requirements.

मैं स्वेच्छा से एचडीएफसी लाइफ के माध्यम से अभी या भविष्य में कभी भी आधार आधारित केवाईसी, आधार प्रमाणीकरण या ऑफलाइन सत्यापन करवाने के लिए सहमति देता/देती हूँ। मुझे पता है कि मेरा आधार नंबर, वर्चुअल आईडी, ई-आधार, एक्सएमएल, मास्कड आधार, चेहरा प्रमाणीकरण विवरण और/या बायोमेट्रिक जानकारी, आधार जनसांख्यिकीय डेटा जिसमें मेरा नाम, पता, लिंग, जन्म तिथि और फोटो शामिल है, यूआईआईआई द्वारा केवाईसी उद्देश्यों/उचित परिश्रम के लिए एचडीएफसी लाइफ के साथ साझा किया जाएगा। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे आधार के अलावा अन्य स्वीकार्य केवाईसी दस्तावेज जमा करने का विकल्प दिया गया था। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि यह सहमति केवाईसी उद्देश्यों/इंश्योरेंस पॉलिसी(यों) के जारी करने/सेवा के लिए किए गए उचित परिश्रम, दावे से संबंधित उद्देश्यों या किसी अन्य नियामक/वैधानिक संबंधित आवश्यकताओं के लिए मान्य है।

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, लोधा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 011 400।

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

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।

DO 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

Proof of Residence**निवास प्रमाण**

Document submitted for Residence Proof:
निवास प्रमाण के लिए प्रस्तुत दस्तावेज़:

Proof of Income**आय प्रमाण**

Document submitted for Proof of Income if the transaction amount is Rs.1,00,000/- or above
यदि लेनदेन की राशि 1,00,000/- रुपये या उससे अधिक है तो आय प्रमाण के लिए प्रस्तुत दस्तावेज़

Permanent Account Number (PAN) details (Please tick mark)**स्थायी खाता संख्या (पैन) विवरण (कृपया टिक मार्क करें)**

PAN:
पैन:

(If No, please tick relevant option)

(यदि नहीं, तो कृपया संबंधित विकल्प पर निशान लगाएं)

Form 60
फॉर्म 60

NRI declaration
एनआरआई घोषणा

Current gross total income from all sources is INR _____ per annum.

सभी स्रोतों से वर्तमान सकल कुल आय _____ रुपये प्रति वर्ष है।

NPO Declaration**एनपीओ घोषणा**

Is the payor a Non-Profit Organisation? Yes No

क्या भुगतानकर्ता कोई गैर-लाभकारी संगठन है? हाँ नहीं

If Yes, please share the Unique ID number issued by DARPAN, NITI Aayog, Government of India

यदि हाँ, तो कृपया दर्पण, नीति आयोग, भारत सरकार द्वारा जारी विशिष्ट आईडी संख्या लिखें

"Non-profit organization" means any entity or organisation, constituted for religious or charitable purposes referred to in clause (15) of section 2 of the Income-tax Act, 1961 (43 of 1961), that is registered as a trust or a society under the Societies Registration Act, 1860 (21 of 1860) or any similar State legislation or a Company registered under the section 8 of the Companies Act, 2013 (18 of 2013);

"गैर-लाभकारी संगठन" का अर्थ आयकर अधिनियम, 1961 (1961 का 43) की धारा 2 के खंड (15) में निर्दिष्ट धार्मिक या धर्मार्थ उद्देश्यों के लिए गठित कोई ऐसी इकाई या ऐसा संगठन है, जो सोसायटी पंजीकरण अधिनियम, 1860 (1860 का 21) या किसी समान राज्य कानून के तहत ट्रस्ट या सोसायटी के रूप में पंजीकृत है या कंपनी अधिनियम, 2013 (2013 का 18) की धारा 8 के तहत एक पंजीकृत कंपनी है;

Are you a Non Resident Indian (NRI)? Yes No

क्या आप अनिवासी भारतीय (एनआरआई) हैं? हाँ नहीं

If 'Yes', Please state the current country of residence _____

यदि 'हाँ', तो कृपया वर्तमान निवास देश बताएं

Are you a "Politically Exposed Person"? Yes No

क्या आप "राजनीति से जुड़े व्यक्ति" हैं? हाँ नहीं

Definition of a "Politically Exposed Person":

"राजनीतिक से जुड़े व्यक्ति" की परिभाषा:

A "Politically Exposed Person" is a person who performs important functions for the state. This would include individuals who have or have had positions of public trust such as government officials, senior executives of government corporations, politicians, important political party officials, member of parliament, member of legislative assembly, etc. and their families and close associates.

"राजनीतिक से जुड़े व्यक्ति" वह व्यक्ति होता है जो राज्य के लिए महत्वपूर्ण कार्य करता है। इसमें वे व्यक्ति शामिल होंगे जो सार्वजनिक विश्वास के पद पर हैं या रहे हैं जैसे सरकारी अधिकारी, सरकारी निगमों के वरिष्ठ अधिकारी, राजनेता, महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के पदाधिकारी, संसद सदस्य, विधान सभा के सदस्य आदि और उनके परिवार और करीबी सहयोगी।

Declarations घोषणा

I hereby declare that,
मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि,

1. The first premium has been paid out of legally declared and assessed sources of income and the subsequent premiums if any, will continue to be paid out of legally declared and assessed sources of income. 2. I will provide information as and when required by the company, acting on its own or under any order or instruction received from Statutory Authorities, with regard to sources of funds or utilizations or withdrawals. 3. I agree to the Company providing any information related to me as available to the Company at any time, to any Statutory Authority in relation to the laws governing prevention of money laundering, applicable in the country. 4. I understand that the Company classifies its customers under various categories of risk for the purposes of complying with the laws governing prevention of money laundering and I confirm that I do not have any objections to the same. 5. I understand that the Company has the right to peruse my financial profile and also agree that the Company has right to cancel the Insurance contract in case I have been found guilty of any of the provisions of any Law, directly or indirectly, having relation to the laws governing prevention of money laundering in the country, by any competent court of law. 6. I am aware that the benefits under this policy are payable in accordance with the policy terms and conditions. 7. I am aware that the premiums paid under this policy will get tax benefit, under section 80C of the Income-tax Act, 1961 ('the Act'), only if paid towards the life of self (individual), spouse and any child of such individual or any member of an HUF, or under section 80D of the Act if paid towards health insurance for self (individual), spouse, dependent children and parents of an individual or any member of an HUF. These tax benefits are subject to the terms and conditions stated under the Income-tax Act, 1961.

1. प्रथम प्रीमियम का भुगतान विधिक रूप से घोषित एवं निर्धारित आय स्रोतों से किया गया है और आगामी प्रीमियम, यदि कोई हो, तो उसका भुगतान विधिक रूप से घोषित एवं निर्धारित आय स्रोतों से किया जाता रहेगा। 2. मैं कंपनी द्वारा स्वयं या सांविधिक प्राधिकारियों से प्राप्त किसी आदेश या निर्देश के तहत निधियों के स्रोतों या उपयोग या निकासी के संबंध में, जब भी आवश्यक हो, जानकारी प्रदान करूंगा/करूंगी। 3. मैं कंपनी को मुझसे संबंधित कोई भी जानकारी, जो कंपनी के पास उपलब्ध हो, किसी भी समय देश में लागू धन शोधन की रोकथाम से संबंधित कानूनों के संबंध में किसी भी वैधानिक प्राधिकरण को प्रदान करने के लिए सहमत हूँ। 4. मैं समझता/समझती हूँ कि कंपनी धन शोधन की रोकथाम से संबंधित कानूनों के अनुपालन के उद्देश्य से अपने ग्राहकों को जोखिम की विभिन्न श्रेणियों के अंतर्गत वर्गीकृत करती है और मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे इस पर कोई आपत्ति नहीं है। 5. मैं समझता/समझती हूँ कि कंपनी को मेरे वित्तीय प्रोफाइल को देखने का अधिकार है और मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि यदि किसी सक्षम न्यायालय द्वारा मुझे देश में धन शोधन की रोकथाम से संबंधित कानूनों के किसी भी प्रावधान का प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से दोषी पाया जाता है, तो कंपनी को बीमा अनुबंध को रद्द करने का अधिकार है। 6. मुझे यह पता है कि इस पॉलिसी के अंतर्गत लाभ पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों के अनुसार देय हैं। 7. मुझे पता है कि इस पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए प्रीमियम पर आयकर अधिनियम, 1961 ('अधिनियम') की धारा 80सी के तहत तभी कर लाभ मिलेगा, जब वह स्वयं (व्यक्ति), पति/पत्नी और ऐसे व्यक्ति के किसी बच्चे या हिन्दू अविभाजित परिवार के किसी सदस्य के जीवन के लिए भुगतान किया गया हो, या अधिनियम की धारा 80डी के तहत तभी कर लाभ मिलेगा, जब वह स्वयं (व्यक्ति), पति/पत्नी, आश्रित बच्चों और व्यक्ति या हिन्दू अविभाजित परिवार के किसी सदस्य के माता-पिता के स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान किया गया हो। यह सभी कर लाभ आयकर अधिनियम, 1961 के तहत बताए गए नियमों और शर्तों के अधीन हैं।

Payor Seal, if applicable
भुगतानकर्ता की मुहर, यदि लागू हो

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

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Payor/
Authorised Signatory
भुगतानकर्ता/अधिकृत
हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर

Know Your Customer - Addendum (to be filled by the Proposer/Policyholder) अपने ग्राहक को जानें - परिशिष्ट (प्रस्तावक/पॉलिसीधारक द्वारा भरा जाना है)

I, <PH First Name> <PH Last Name> hereby confirm that <Payor First Name> <Payor Last Name> is paying on my behalf for the above mentioned application.

मैं, <PH प्रथम नाम> <PH अंतिम नाम> एतद्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि <भुगतानकर्ता प्रथम नाम> <भुगतानकर्ता अंतिम नाम> उपर्युक्त आवेदन के लिए मेरी ओर से भुगतान कर रहा/रही है।

Name of the Proposer/Policyholder: <PH First Name> <PH Last Name>
प्रस्तावक/पॉलिसीधारक का नाम: <PH प्रथम नाम> <PH अंतिम नाम>

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

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of Proposer/Policyholder
प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर