



Sar utha ke jiyο!

Personal Statement of Health for Revival of Policy

पॉलिसी रिवाइवल के लिए स्वास्थ्य से जुड़ी निजी जानकारी

[illegible]

Name of the Life Assured: F I R S T N A M E M I D D L E N A M E S U R N A M E
बीमा लेने वाले व्यक्ति का नाम:

Name of the Proposer:
प्रस्तावक (प्रोपोजर) का नाम:

F	I	R	S	T	N	A	M	E		M	I	D	D	L	E	N	A	M	E		S	U	R	N	A	M	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

(if different from the Policyholder)
(पॉलिसी धारक से अलग होने पर)

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow / Widower
वैवाहिक स्थिति: ☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ विधवा/विधूर

[illegible]Reason for Lapse:
लैप्स होने का कारण:

Present Occupation:

वर्तमान पेशा:

Gross Annual Income in ₹:

वार्षिक ग्राँस आय ₹ में:

(From all sources) (figures in digits)

(सभी स्रोतों से) (आंकड़े अंकों में लिखें)

Type of Industry: Does your job involve hazardous activity? Yes ☐ No ☐
 इंडस्ट्री का प्रकार: क्या आपकी नौकरी में खतरनाक गतिविधियाँ करना शामिल हैं? हाँ नहीं

Name and address of the present employer OR
business premises if self-employed:
वर्तमान नियोजित का नाम और पता या
यदि स्व-नियोजित (सेल्फ एम्प्लॉयड) हैं तो व्यावसायिक
परिसर का नाम:

Please provide the information required below pertaining to the Life Assured from the date of policy application till date.

कृपया पॉलिसी आवेदन की तिथि से लेकर आज तक बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) से संबंधित नीचे दी गई जरूरी जानकारी प्रदान करें।

A . Personal health details:

A. स्वास्थ्य से जुड़ी निजी जानकारी:

1. Have you suffered from any of the following conditions mentioned below? 1. क्या आप नीचे बताई गई किसी भी स्थिति से पीड़ित हैं?	Yes हाँ	No नहीं	Mention details, as applicable जरूरी होने पर पूरी, जानकारी प्रदान करें
a) Cardiovascular disorders such as chest pain, heart attack, arrhythmia, palpitations, giddiness, anxiety, Cardiomyopathy, Hypertension/High Blood pressure, Coronary artery bypass grafting (CABG), Angioplasty (PTCA) or any other heart related conditions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) हृदय संबंधी विकार (कार्डियोवैस्कुलर डिसऑर्डर) जैसे सीने में दर्द, दिल का दौरा, अरिदमिया, घबराहट, चक्कर आना, चिंता, कार्डियोमायोपैथी, हाई ब्लड प्रेशर, कोरोनरी धमनी बाईपास ग्राफ्टिंग (सीएबीजी), एंजियोप्लास्टी (पीटीसीए) या हृदय से जुड़ी कोई दूसरी समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Respiratory disorders such as bronchitis, asthma, wheezing, pneumonia, tuberculosis, any other disease of chest and lungs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) श्वसन संबंधी विकार (रेस्पिरेटरी डिसऑर्डर) जैसे ब्रॉकाइटिस, अस्थमा, घरघराहट, निमोनिया, ट्यूबर्क्यूलोसिस, छाती और फेफड़ों से जुड़ी कोई दूसरी बीमारी।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Gastrointestinal system disorders - Gastritis, ulcer, hernia, disease of liver, pancreas, spleen, stomach, disease of short and long intestine, Jaundice, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) जठरांत्र प्रणाली विकार (गैस्ट्रोइंटेस्टिनल सिस्टम डिसऑर्डर) - गैस्ट्रिटिस, अल्सर, हर्निया, यकृत, अग्न्याशय, प्लीहा, पेट के रोग, छोटी और बड़ी आंत के रोग, पीलिया, आदि।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Urinary system disorders such as disorder related to kidney, urinary bladder, ureter, prostate, hydrocele, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) मूत्र प्रणाली विकार (यूरिनरी सिस्टम डिसऑर्डर) जैसे कि किडनी, यूरिनरी ब्लैडर, युरेटर, प्रोस्टेट, हाइड्रोसेल आदि से संबंधित विकार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Nervous system disorders such as paresis, transient ischaemic attack, paralysis, Stroke, Alzheimer, Parkinson's, meningitis, multiple sclerosis, epilepsy, blackouts, migraine or any other disorder or tumor of brain, spinal cord or nerves. Mental disorders such as major or minor depression, Obsessive Compulsive Disorder, addictions, uncured insomnia, anxiety or nervous breakdowns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) तंत्रिका तंत्र संबंधी विकार (नर्वस सिस्टम डिसऑर्डर) जैसे कि पर्सिस, ट्रांसिएंट इस्कैमिक अटैक, पैरालिसिस, स्ट्रोक, अल्जाइमर, पार्किंसन रोग, मैनिजाइटिस, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, मिर्गी, ब्लैकआउट्स, माइग्रेन ब्रेन ट्यूमर, स्पाइनल कॉर्ड या नर्व की कोई दूसरी बीमारी। मानसिक विकार जैसे कि प्रमुख या मामूली डिप्रेशन, ऑब्सेसिव कंपल्सिव डिसऑर्डर, बुरी लत, अनिद्रा, चिंता या नर्वस ब्रेकडाउन।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Ear, Nose, Throat, Mouth system disorders such as ear discharge, nose bleeding, deafness, blindness, hearing loss, etc. Skin disorders such as varicose veins, psoriasis, eczema, moles or dermatitis. Musculoskeletal disorder such as Arthritis, gout, rheumatism, disc prolapse, fracture history, Osteoporosis, back pain, disorders of bones or any other conditions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) कान, नाक, गला, मुंह प्रणाली विकार (सिस्टम डिसऑर्डर) जैसे कि कान बहना, नाक से खून आना, बहरापन, अंधापन, कम सुनाई पड़ना आदि। त्वचा विकार जैसे कि वैरिकोज वेंस, सोरायसिस, एक्जिमा, मोल्स या डर्मेटाइटिस। मस्क्युलोस्केलेटल विकार जैसे कि गठिया, गाउट, गठिया, डिस्क प्रोलेप्स, पहले कभी फ्रैक्चर हुआ हो, ऑस्टियोपोरोसिस, पीठ दर्द, हड्डियों के विकार या कोई अन्य स्थिति।			

<p>g) Diabetes/ elevated blood sugar/sugar, ketone, proteinuria or diabetes related complications such as diabetic coma or any other hormonal diseases related to Thyroid gland or any other hormonal imbalance.</p> <p>g) डायबिटीज/ब्लड सुगर लेवल का बढ़ना, कीटोन, प्रोटीनुरिया या डायबिटीज से जुड़ी जटिलताएं जैसे डायबिटीज कोमा या थायरॉयड ग्रंथि से संबंधित कोई दूसरी हार्मोनल बीमारी या कोई दूसरा हार्मोनल असंतुलन।</p> <p>h) Cancer or tumour or benign tumour or cyst, lump, enlargement of lymph nodes or any other growth.</p> <p>h) कैंसर या ट्यूमर या बेनिग्न ट्यूमर या सिस्ट, गांठ, लिम्फ नोड्स का बढ़ना या कोई अन्य वृद्धि।</p> <p>i) Blood disorders such as anemia, haemophilia, thalassaemia, leukaemia or any other blood disorder or suffered from dengue, swine flu or encephalitis.</p> <p>i) रक्त विकार (ब्लड disorder) जैसे एनीमिया, हीमोफीलिया, थैलेसीमिया, ल्यूकेमिया या कोई अन्य रक्त विकार या डेंगू, स्वाइन फ्लू या इंसेफलाइटिस से पीड़ित होना।</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>2. Have you undergone any lab test including HIV & HBsAg, radiological test or any special investigation test such as ECG, MRI, CTMT, etc. or suffered from any accidents, injury, major burns or advised hospitalisation?</p> <p>2. क्या आपने एचआईवी और एचबीएसएजी, रेडियोलॉजिकल टेस्ट या किसी खास जांच टेस्ट जैसे ईसीजी, एमआरआई, सीटीएमटी आदि सहित कोई लैब टेस्ट कराया है या क्या आप किसी दुर्घटना, चोट, गंभीर जलन से पीड़ित हैं या आपको अस्पताल में भर्ती होने की सलाह दी गई है?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>3. Do you have any recurrent medical condition, physical disability, deformity, any illness or injury that has kept you away from work?</p> <p>3. क्या आपको कोई ऐसी मेडिकल कंडीशन, शारीरिक विकलांगता, विकृति (डेफॉर्मिटी), बीमारी या चोट है जिसके कारण आप काम पर नहीं जा पाते/पाती हैं?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>4. Have you or your spouse been tested positive for HIV / AIDS or Hepatitis B or C or have been tested/ treated for other sexually transmitted diseases OR are you awaiting the results of such a test?</p> <p>4. क्या आप या आपके पति/पत्नी में से किसी को एचआईवी/एड्स या हेपेटाइटिस बी या सीओआरटीडी का टेस्ट रिजल्ट पॉज़िटिव आया है या दूसरे यौन संचारित रोगों के लिए टेस्ट/इलाज किया गया है या आप ऐसे किसी टेस्ट के रिजल्ट का इंतजार कर रहे/रही हैं?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>5. Are you currently in good health?</p> <p>5. क्या वर्तमान में आपकी सेहत अच्छी है?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>6. Female Specific health disorders ♀</p> <p>6. महिला संबंधी विशेष स्वास्थ्य विकार ♀</p> <p>a) Have you had any disease of uterus, breast, cervix, ovaries or have undergone hysterectomy?</p> <p>a) क्या आपको गर्भाशय, स्तन, गर्भाशय ग्रीवा (सर्विक्स), अंडाशय का कोई रोग है या आपने हिस्टरेक्टमी कराई है?</p> <p>b) Have you undergone PAP smear, mammogram or USG pelvis?</p> <p>b) क्या आपने पीएपी स्मीयर, मैमोग्राम या यूएसजी पेल्विस टेस्ट कराया है?</p> <p>c) Are you currently pregnant? If yes, how many weeks? _____</p> <p>c) क्या आप अभी गर्भवती हैं? यदि हाँ, तो कितने सप्ताह की गर्भवती हैं?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	

B. Family medical history:		
B. परिवार मेडिकल हिस्ट्री:		
<p>Has any death or illness occurred in your family (parents or siblings)? If yes, then mention the age at death and cause of death / nature of illness.</p> <p>क्या आपके परिवार (माता-पिता या भाई-बहन) में किसी की मृत्यु हुई है या कोई बीमार हुआ है? यदि हाँ, तो मृत्यु के समय की आयु और मृत्यु का कारण/बीमारी की प्रकृति बताएँ।</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>C. Other personal details:</p> <p>C. दूसरी निजी जानकारी:</p>	<p>Indicate by ticking in relevant box</p> <p>संबंधित बॉक्स में सही का निशान लगाकर जानकारी प्रदान करें</p> <p>Yes हाँ</p> <p>No नहीं</p>	<p>Mention details, as applicable</p> <p>लागू होने पर पूरी जानकारी दें</p> <p>*Please attach a separate sheet in case the space is inadequate</p> <p>*पर्याप्त जगह नहीं होने पर कृपया अलग शीट लगाएं</p>
<p>1. Provide us the exact details of existing insurance with HDFC Life (both lapsed and in-force)</p> <p>1. हमें एचडीएफसी लाइफ के साथ मौजूदा इश्योरेंस का सटीक विवरण प्रदान करें (लैप्स और चालू दोनों)</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>2. Do you have any current active insurance cover or has any of your life insurance / health insurance / rider been accepted with extra premium, accepted on other special terms, postponed, declined or not taken up by you?</p> <p>2. क्या आपके पास वर्तमान में किसी तरह का एक्टिव इश्योरेंस कवर है या आपका कोई लाइफ इश्योरेंस/हेल्थ इश्योरेंस/राइडर अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकार किया गया है, दूसरी विशेष शर्तों पर स्वीकार किया गया है, स्थगित (पोस्टपॉन्ड) किया गया है, अस्वीकार किया गया है या आपके द्वारा नहीं लिया गया है?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<p>Reason: _____</p> <p>कारण:</p>
<p>3. Have you submitted any simultaneous applications, for insurance to any of our offices or another insurance company which is still pending OR are you likely to revive any lapsed policies?</p> <p>3. क्या आपने इसके साथ-साथ हमारे किसी ऑफिस या किसी दूसरी इश्योरेंस कंपनी में इश्योरेंस के लिए कोई आवेदन प्रस्तुत किया है जो अभी भी लंबित (पेंडिंग) है या क्या आप किसी समाप्त (लैप्स) हो चुकी पॉलिसी को पुनःप्रवर्तन (रिवाइव) करने जा रहे हैं?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<p>Proposal / Policy No.: _____</p> <p>प्रस्ताव/पॉलिसी सं.: _____</p> <p>Sum assured: _____</p> <p>आश्वासित राशि: _____</p> <p>Company Name: _____</p> <p>कंपनी का नाम:</p>
<p>4. Have you ever made any claims for hospitalisation or surgery or critical illness benefit under this policy or any other health insurance policy from any other company?</p> <p>4. क्या आपने कभी इस पॉलिसी या किसी दूसरी कंपनी के किसी हेल्थ इश्योरेंस पॉलिसी के अंतर्गत अस्पताल में भर्ती होने या सर्जरी या गंभीर बीमारी के लाभ के लिए कोई दावा किया है?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
<p>5. Do you take part in any adventurous sports or hobbies? (like paragliding, mountaineering, deep sea diving, motor racing, bungee jumping, etc.)?</p> <p>5. क्या आप किसी साहसिक खेल (एडवेंचर स्पोर्ट्स) या शौक (जैसे पैराग्लाइडिंग, पहाड़ चढ़ना, गहरे समुद्र में गोताखोरी, मोटर रेसिंग, बंजी जंपिंग, आदि) में भाग लेते हैं?</p>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	

6. Have you ever resided overseas for more than 6 months or do you intend to travel overseas in the next 6 months and reside for more than 2 months? 6. क्या आपने कभी 6 महीने से अधिक समय तक विदेश में निवास किया है या क्या आप अगले 6 महीनों में विदेश यात्रा करने और 2 महीने से अधिक समय तक रहने का इरादा रखते हैं?		<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	Past Travel: _____ पिछली यात्रा: Future Travel: _____ आगामी यात्रा:
7. Are you an NRI ? 7. क्या आप एक एनआरआई हैं?		<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	
8. Are you a politically exposed person 8. क्या आप राजनीति से जुड़े व्यक्ति है		<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	If Yes please submit PEP Questionnaire यदि हाँ तो कृपया पीईपी प्रश्नावली जमा करें
9.a. Height- Feet <input type="text"/> inches <input type="text"/> <input type="text"/> OR Centimeters <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. a. कद फीट इंच या सेंटीमीटर		b. Weight - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Kgs) b. वजन - (किग्रा)	
10. Please give the habits details as follows : 10. कृपया निम्नलिखित आदतों का विवरण दें:			
Substance consumed पदार्थ का सेवन	Do you consume? क्या आप सेवन करते हैं?	If yes, please provide details यदि हाँ, तो इसकी पूरी जानकारी दें	Quantity मात्रा
Alcohol शराब *(1 unit = 330 ml of beer / 30 ml of spirits / 125 ml of wine) *(1 यूनिट = बीयर 330 मिली / स्पिरिट 30 मिली / वाइन 125 मिली)	<div><input type="checkbox"/> Yes हाँ</div> <div><input type="checkbox"/> No नहीं</div>	Beer <input type="checkbox"/> Wine <input type="checkbox"/> Spirit <input type="checkbox"/> Others <input type="text"/> बीयर वाइन स्पिरिट अन्य	<input type="text"/> Units* / Week यूनिट*/सप्ताह
Tobacco तंबाकू *(1 unit equivalent to 1 cigar / 1 cigarette / 1 bidi. If chewing tobacco, please specify how many grams per day .) *(1 यूनिट 1 सिगार/1 सिगरेट/1 बीड़ी के बराबर है। यदि तम्बाकू चबाते हैं, तो कृपया बताएं कि प्रतिदिन कितने ग्राम सेवन करते हैं।)	<div><input type="checkbox"/> Yes हाँ</div> <div><input type="checkbox"/> No नहीं</div>	Cigar <input type="checkbox"/> Cigarette <input type="checkbox"/> Bidi <input type="checkbox"/> सिगार सिगरेट बीड़ी Chewing Tobacc <input type="checkbox"/> Others <input type="text"/> तंबाकू चबाना अन्य	<input type="text"/> Units* /Day यूनिट*/सप्ताह
Addictive or intoxicating drugs (exampleGanja, Hashish, Heroin, Cocaine, Marijuana, Charas, etc.) नशे की लत या मादक दवाएं (जैसे: गांजा, हशीश, हेरोइन, कोकीन, मारिजुआना, चरस, आदि)			<div><input type="checkbox"/> Yes हाँ</div> <div><input type="checkbox"/> No नहीं</div>

Declaration from the Life Assured:
बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) की ओर से घोषणा:

I hereby declare that all the information given by me/on my behalf is true and I have not withheld any material fact within my knowledge. I agree that the information provided in this declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of contract of revival of the lapsed policy. I also agree and understand that the application for revival of the policy will be considered by the Company at its sole discretion. I declare that, I do not have any history of conviction under any criminal proceedings in India or abroad.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा/मेरी ओर से दी गई सभी जानकारी सत्य है और मैंने अपनी जानकारी में कोई भी महत्वपूर्ण तथ्य नहीं छिपाया है। मैं सहमत हूँ कि इंश्योरेंस के लिए मेरे प्रस्ताव के साथ इस घोषणा में दी गई जानकारी, लैप्स हो चुकी पॉलिसी के पुनः प्रवर्तन (रिवाइवल) के अनुबंध का आधार होगी। मैं इससके प्रति भी सहमति व्यक्ति करता/करती हूँ और समझता/समझती हूँ कि कंपनी अपने विवेक के अनुसार पॉलिसी के पुनः प्रवर्तन (रिवाइवल) के लिए किए गए आवेदन पर विचार करेगी। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि, भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के अंतर्गत मुझे कभी अपराधी नहीं ठहराया गया है।

Date :
तारीख:

Place :
स्थान:

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of the Life Assured
बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) का हस्ताक्षर
(To be signed by the Policyholder if the Life Assured is a minor)
(यदि बीमित व्यक्ति नाबालिग है तो पॉलिसी धारक द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना अनिवार्य है)

Declaration from the Policyholder (If Policyholder is different from the Life Assured):
पॉलिसी धारक की ओर से घोषणा (यदि पॉलिसी धारक बीमित व्यक्ति से अलग है):

I hereby declare that all the information given by me/on my behalf is true and I have not withheld any material fact within my knowledge. I agree that the information provided in this declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of contract of revival of the lapsed policy. I also agree and understand that the application for revival of the policy will be considered by the Company at its sole discretion. I declare that, the Life Assured does not have any history of conviction under any criminal proceedings in India or abroad.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा/मेरी ओर से दी गई सभी जानकारी सत्य है और मैंने अपनी जानकारी में कोई भी महत्वपूर्ण तथ्य नहीं छिपाया है। मैं सहमत हूँ कि इंश्योरेंस के लिए मेरे प्रस्ताव के साथ इस घोषणा में दी गई जानकारी, लैप्स हो चुकी पॉलिसी के पुनः प्रवर्तन (रिवाइवल) के अनुबंध का आधार होगी। मैं इससके प्रति भी सहमति व्यक्ति करता/करती हूँ और समझता/समझती हूँ कि कंपनी अपने विवेक के अनुसार पॉलिसी के पुनः प्रवर्तन (रिवाइवल) के लिए किए गए आवेदन पर विचार करेगी। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि, भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के अंतर्गत मुझे कभी अपराधी नहीं ठहराया गया है।

Date :
तारीख:

Place :
स्थान:

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of the Policyholder
पॉलिसी धारक का हस्ताक्षर

KYC Declaration
केवाईसी घोषणा

I hereby confirm that there is no change in the KYC information previously provided/updated by me and currently available in your records.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा पहले दी गई/अपडेट की गई तथा वर्तमान में आपके रिकॉर्ड में उपलब्ध 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

Declaration made by third party where the Policyholder has affixed his/her thumb impression/ has signed in vernacular:
थर्ड पार्टी द्वारा की गई घोषणा जिसमें पॉलिसी धारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया हो/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हों:

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.

जिस पॉलिसी धारक ने अपना अंगूठा लगाया है/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/ उसने आवेदन नहीं भरा है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र की विषय-वस्तु पॉलिसी धारक को _____ भाषा में समझा दी गई है और मुझे दिए गए उत्तरों को मैंने ईमानदारी से दर्ज किया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसी धारक ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का निशान लगाया है।

Name: _____

नाम: _____

Date: DD/MM/YYYY

तारीख: _____

Address: _____

पता: _____

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of the Third Person
तीसरे व्यक्ति 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 बदलावों 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 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 इश्योरेंस 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।
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**