

Policy Document Waiver Form**पॉलिसी दस्तावेज़ छूट फॉर्म****Declaration by the Policyholder/s**
पॉलिसी धारक/धारकों की घोषणा

I/We, _____ (name of the policyholder/s)
the Policyholder/s under insurance Policy number _____ issued on _____ (referred to as "the Policy Document") by HDFC Life Insurance Company Limited (referred to as "the Company") do hereby make the below mentioned request with respect to the policy held by me/us.
मैं/हम, _____ (पॉलिसी धारक/धारकों का नाम), एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे "कंपनी" कहा गया है) द्वारा दिनांक _____ को जारी लाइफ इंश्योरेंस संख्या _____ (जिसे "पॉलिसी दस्तावेज़" कहा गया है) के तहत पॉलिसी धारक हूँ/हैं और मेरे/हमारे द्वारा आयोजित पॉलिसी के संबंध में नीचे उल्लिखित अनुरोध करते हैं।

Type of Request
(Tick correct option)
अनुरोध का प्रकार
(सही विकल्प पर निशान लगाएं)Surrender ☐
सरेंडरMaturity ☐
मैच्योरिटीFree Look Cancellation ☐
फ्रीलुक कैंसलेशन

The above referenced Policyholder(s) do hereby solemnly affirm as follows:

ऊपर बताए गए पॉलिसी धारक(धारकों) सत्यनिष्ठा से निम्नलिखित के प्रति अपनी सहमति प्रदान करते हैं:

- I/we submit the above selected request, however I/we submit the above selected request, however I/we am/are not in possession of the original policy document. Hence, I/we request the Company to waive the requirement for submission of the original policy document.
मैं/हम ऊपर चुने गए अनुरोध प्रस्तुत करता हूँ/करते हैं, हालाँकि मेरे/हमारे पास पॉलिसी का मूल दस्तावेज़ नहीं है। इसलिए, मैं/हम कंपनी से अनुरोध करते हैं कि वह पॉलिसी का मूल दस्तावेज़ प्रस्तुत करने की आवश्यकता को माफ कर दे।
- I/ we agree that the Policy Document will be treated as cancelled hereafter. Neither I/We or my/our legal heir/ beneficial owners nor any third party will present the Policy Document in the future for any payments or entitlements.
मैं/हम सहमत हूँ/हैं कि पॉलिसी दस्तावेज़ को इसके बाद रद्द माना जाएगा। भविष्य में किसी भी भुगतान या अधिकार के लिए न तो मैं/हम या मेरे/हमारे कानूनी उत्तराधिकारी/लाभार्थी स्वामी और न ही कोई तीसरा पक्ष पॉलिसी दस्तावेज़ प्रस्तुत करेगा।
- I/we confirm that I/ We or my/our legal heir (i) have not assigned, pledged or in any way disposed off or dealt with the Policy Document nor have I/We created any encumbrance on the Policy Document and agree to not do the same anytime in the future, or (ii) shall not make any misrepresentation or commit any fraud in connection with the Policy Document at any time after the date of this declaration.
मैं/हम पुष्टि करता/करती हूँ/करते हैं कि मैंने/हमने या मेरे/हमारे कानूनी उत्तराधिकारी ने (i) पॉलिसी दस्तावेज़ को किसी को सौंपा, गिरवी नहीं रखा है या किसी भी तरह से निपटारा नहीं है और न ही मैंने/हमने पॉलिसी दस्तावेज़ पर कोई ऋण नहीं लिया है और भविष्य में कभी भी ऐसा नहीं करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ/देते हैं, या (ii) मैं/हम इस घोषणा की तारीख के बाद किसी भी समय पॉलिसी दस्तावेज़ के संबंध में कोई गलत व्याख्या या कोई धोखाधड़ी नहीं करूंगा/करूंगी/करेंगे।
- I/we agree that after processing this request, the Policy Document and my/our rights created under the Policy Document stand null and void.
मैं/हम सहमत हूँ/हैं कि इस अनुरोध पर कार्रवाई के बाद, पॉलिसी दस्तावेज़ और पॉलिसी दस्तावेज़ के तहत बनाए गए मेरे/हमारे अधिकार शून्य और अमान्य हो जाएंगे।
- I/ we agree that the Company shall not be liable for the payment of any benefits against the Policy Document once this request is processed.
मैं/हम सहमत हूँ/हैं कि इस अनुरोध के प्रोसेस हो जाने के बाद कंपनी पॉलिसी दस्तावेज़ के खिलाफ किसी भी प्रकार के लाभ का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी नहीं होगी।
- I/ we agree to cooperate with the Company in case of any enquiry/ investigation that may be initiated by the Company in connection with the Policy Document.
मैं/हम पॉलिसी दस्तावेज़ के संबंध में कंपनी द्वारा शुरू की जाने वाली किसी भी जांच/पड़ताल के मामले में कंपनी के साथ सहयोग करने के लिए सहमत हूँ/हैं।
- I/ we declare that the Company is discharged off all its liabilities mentioned in the Policy Document and I/ We relinquish any further claim on the Company once this request is processed.
मैं/हम घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि कंपनी ने पॉलिसी दस्तावेज़ में उल्लिखित अपनी सभी देनदारियों से मुक्ति पा ली है और इस अनुरोध के प्रोसेस हो जाने पर मुझे/हमें कंपनी पर किसी भी प्रकार का दावा करने का अधिकार नहीं है।
- I/ we shall not hold the Company accountable for any loss incurred by me/ us due to processing of my/ our request by the Company.
मैं/हम कंपनी द्वारा मेरे/हमारे अनुरोध पर कार्रवाई के कारण मुझे/हमें होने वाली किसी भी हानि के लिए कंपनी को उत्तरदायी नहीं ठहराएंगे।
- I/ we agree to indemnify/defend and hold harmless the Company and its officers, directors, employees, representatives, agents, against all claims, demands, actions, suits, proceedings, losses, damages, liabilities, costs, charges, expenses (including legal expenses) or obligations, which may be brought or commenced against the Company, in connection with the Policy Document
मैं/हम पॉलिसी दस्तावेज़ के संबंध में कंपनी के खिलाफ लाए जा सकने वाले या शुरू किए जा सकने वाले सभी दावों, मांगों, कार्रवाइयों, मुकदमों, कार्यवाहियों, हानि, क्षति, देनदारियों, लागतों, प्रभारों, खर्च (कानूनी खर्च सहित) या दायित्वों के प्रति कंपनी और उसके अधिकारियों, निदेशकों, कर्मचारियों, प्रतिनिधियों, एजेंटों को क्षतिपूर्ति/बचाव करने और हानिरहित रखने के लिए सहमत हूँ/हैं।

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature/Thumb Impression of the
Policyholder/s
पॉलिसी धारक/धारकों के हस्ताक्षर/अंगूठे
का निशान

Date of Declaration: DD/MM/YYYY

घोषणा की तारीख:

Place: _____

स्थान:

**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**

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

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने इस आवेदन फॉर्म की विषय-वस्तु पॉलिसी धारक/धारकों को _____ भाषा में समझा दी है और मुझे दिए गए उत्तरों को ईमानदारी दर्ज कर लिया है।
मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसी धारक/धारकों ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का निशान लगाया है।

Name: _____ Date: DD/MM/YYYY Place: _____

नाम:

तारीख:

स्थान:

Signature: _____ Address: _____

हस्ताक्षर:

पता:

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।

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. |

प्रश्नों या अधिक जानकारी के लिए, हमें **022-68446530** पर कॉल करें (कॉल शुल्क लागू)। सोमवार से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध। 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 NRI ग्राहकों के लिए) विजिट करें – **www.hdfclife.com**

Declaration by Branch Official

शाखा अधिकारी की घोषणा

I confirm that Policyholder has signed or affixed his/her thumb impression in my presence.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पॉलिसी धारक ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं या अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

Employee ID: _____ Employee Name: _____

कर्मचारी आईडी: _____ कर्मचारी का नाम: _____

Branch Code: _____ Branch Name: _____

शाखा का कोड: _____ शाखा का नाम: _____

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Employee Signature
कर्मचारी का हस्ताक्षर