

# ব্যক্তির ডেথ ক্লেম ফর্ম

## শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের উদ্দেশ্যে

শাখার নাম:  শাখার কোড:

ইন্টারঅ্যাকশন আইডি:

কর্মীর নাম:

কর্মীর কোড:  স্বাক্ষর:

তারিখ:      সময়:  বিকাল ৩টা বা তার আগে  
 বিকাল ৩টার পরে

অনুগ্রহ করে আপনার অকাল ক্ষতির উপর আমাদের সমবেদনা স্বীকার করুন। আমরা বুঝি এটা আপনার জন্য এক অত্যন্ত কঠিন সময় এবং এই কঠিন সময়ে আপনার পাশে দাঁড়িয়ে আপনাকে সম্পূর্ণ সহায়তা করা আমাদের দায়িত্ব। এই ডেথ ক্লেম ফর্মটি আপনার দাবি সহজে ফাইল করতে আপনাকে সাহায্য করবে। অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি যথাযথভাবে পূরণ করুন এবং সঠিক ডকুমেন্টগুলির সাথে স্বাক্ষর করুন এবং আপনার দাবি যত দ্রুত সম্ভব নিষ্পত্তি করতে সহায়তা করার জন্য নীচের নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

### গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

- শুধুমাত্র দাবিদারেরই ফর্মটি পূরণ করা উচিত। দাবিদার নাবালক হলে সেক্ষেত্রে, অভিভাবক/নিযুক্ত ব্যক্তি ফর্মটি পূরণ করতে পারবেন।
- একাধিক পলিসির অধীনে করা দাবিগুলি একটি ফর্ম পূর্ণ করে এবং সমস্ত প্রযোজ্য পলিসি নম্বর প্রদান করে নিবন্ধন কর যেতে পারে।
- একাধিক দাবির ক্ষেত্রে প্রতিটি দাবির জন্য পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- অনুগ্রহ করে ঘোষণাগুলি যত্ন সহকারে পড়ুন এবং আপনি যে ভাবে চেক স্বাক্ষর করেন ঠিক সেই ভাবে ক্লেম ফর্মে স্বাক্ষর করুন।
- দাবিদারকে ক্লেম ফর্মের সবকিছু পূর্ণ করতে স্বাক্ষর করতে হবে।
- পলিসির সমস্ত শর্তাবলী পূরণ হলে তবেই দাবিটি প্রদেয় হবে।
- এই দাবি প্রক্রিয়ার জন্য কাউকে কোনো ফী বা কমিশন দিতে হবে না।
- তারকাচিহ্ন (\*) বলতে বাধ্যতামূলক তথ্য বোঝায়।

পেনশন দাবি- অনুচ্ছেদ A,B,E পূর্ণ করা বাধ্যতামূলক; ডেথ ক্লেম (নন- অ্যাক্সেডেন্টাল) - অনুচ্ছেদ A,B,C,E;  
ডেথ ক্লেম (অ্যাক্সেডেন্টাল) - সমস্ত অনুচ্ছেদ পূরণ করা বাধ্যতামূলক।

### ফর্ম পূরণ করার জন্য গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশিকা

#### দাবিদারকে দাবির সমস্ত ক্ষেত্র বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করতে হবে।

- অনুচ্ছেদ A: দাবিদারের বিশদ এবং NEFT আদেশপত্র**
- পলিসি নম্বর এবং অক্ষর সূক্ষ্ম এবং সহজপাঠ্য হতে হবে।
- আপনার ঠিকানা, ফোন নম্বর ও ইমেল আইডি বর্তমান এবং সক্রিয় আছে তা নিশ্চিত করুন কেন না চিঠিপত্রের আদান-প্রদান এর মাধ্যমেই হবে।
- অনুগ্রহ করে NEFT ফর্মটি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করুন এবং আমরা যাতে পলিসির শর্তাবলী অনুসারে প্রদেয় দাবির অধীনে দাবির রাশি সরাসরি আপনার অ্যাকাউন্টে ট্রান্সফার করতে পারি তার জন্য বাতিল চেকের/ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট পাসবুকের একটি কপি সাথে দিন।
- অনুগ্রহ করে বার্তা আদান-প্রদানের জন্য পছন্দের ভাষা হিসেবে শুধুমাত্র একটি ভাষাকে নির্বাচন করুন।

#### অনুচ্ছেদ B: বীমাকৃত ব্যক্তির বিশদ

- যখনই আপনি "অন্য" বিকল্পটি বাছবেন তখনই দয়া করে দেওয়া স্থানে বিস্তারিত বিবরণ উল্লেখ করবেন।
- প্রয়োজন মত এবং অনুরোধ করা হলে সমর্থন ডকুমেন্ট প্রদান করবেন।

#### অনুচ্ছেদ C: বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তির বিশদ

- উপস্থিত চিকিৎসকের দেওয়া সমস্ত মেডিকেল রিপোর্ট, ডকুমেন্ট এবং সার্টিফিকেটের ক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন তিনি যেন ভারতীয় আইন অনুসারে সেই সব ডকুমেন্ট / সার্টিফিকেট দেওয়ার যোগ্য হন।
- উপস্থিত চিকিৎসকের দেওয়া সমস্ত মেডিকেল রিপোর্ট, ডকুমেন্ট এবং সার্টিফিকেটের ক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন তিনি যেন ভারতীয় আইন অনুসারে সেই সব ডকুমেন্ট / সার্টিফিকেট দেওয়ার যোগ্য হন।

#### অনুচ্ছেদ D: দুর্ঘটনা/খুন/আত্মহত্যার কারণে মৃত্যুর বিবরণ

- দুর্ঘটনার বিস্তারিত বিবরণ প্রদান করুন।
- PMR এবং FIR আটকান/সংযুক্ত করুন, অন্যথায় এটি কেন সুলভ নয় বা কেন দেওয়া হয় নি তার কারণ স্পষ্টরূপে বিবৃত করুন।

#### অনুচ্ছেদ E: ঘোষণা এবং অনুমোদন

- মনোনীত স্থানে স্বাক্ষর এবং যোগাযোগের বিবরণ প্রদান করুন।
- আমাদের পরিষেবাকে রোট দিতে ভুলবেন না।

স্বীকৃতি রসিদ হাতের কাছে রাখবেন এবং HDFC লাইফের প্রতিনিধিরা চাইলেই এটি তাদের দেখাবেন।

### বৈধ পরিচয়পত্র ও ঠিকানার প্রমাণপত্রের তালিকা (অনুগ্রহ করে জমা দেওয়া ডকুমেন্টে টিক দিন)

ছবি সনাক্ত প্রমাণ (যে কোনো একটি)	ঠিকানার প্রমাণ (যে কোনো একটি)
<input type="checkbox"/> আধার কার্ড	<input type="checkbox"/> আধার কার্ড
<input type="checkbox"/> বৈধ পাসপোর্ট	<input type="checkbox"/> বৈধ পাসপোর্ট
<input type="checkbox"/> ভোটার আইডি কার্ড	<input type="checkbox"/> ভোটার আইডি কার্ড
<input type="checkbox"/> প্যান কার্ড	<input type="checkbox"/> ড্রাইভিং লাইসেন্স
<input type="checkbox"/> ভোটার আইডি কার্ড	<input type="checkbox"/> ড্রাইভিং লাইসেন্স
<input type="checkbox"/> সীলমোহর দেওয়া ছবি সহ ব্যাঙ্কের পাসবই	<input type="checkbox"/> ইউটিলিটি বিল (বিদ্যুৎ/ফোন বিল) 6 মাসের বেশি পুরানো নয়
<input type="checkbox"/> কেন্দ্রীয় / রাজ্য সরকারের কর্মীদের জারি করা আইডি কার্ড	<input type="checkbox"/> সীলমোহর দেওয়া ছবি সহ ব্যাঙ্কের পাসবই

### যে সব ডকুমেন্ট জমা দিতে হবে

আবশ্যিক ডকুমেন্ট	অতিরিক্ত ডকুমেন্ট
মূল পলিসি ডকুমেন্ট	<b>অসুস্থতার কারণে হাসপাতালে ভর্তি/ মৃত্যু</b>
স্থানীয় কর্তৃপক্ষের দেওয়া ডেথ সার্টিফিকেটের কপি	মৃত্যুর মেডিকেল কারণের সার্টিফিকেটের কপি
দাবিদারের আধার কার্ড ও প্যানের বিশদ	অতীতে নেওয়া সমস্ত চিকিৎসার মেডিকেল রেকর্ড। (ভর্তির মন্তব্য, ইতিহাস/প্রগতি পত্রক, খালাস/ মৃত্যুর সারাংশ, টেস্ট রিপোর্ট, ইত্যাদি)
বীমাকৃত ব্যক্তির আধার কার্ড ও প্যানের বিশদ	<b>দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু</b>
বাতিল চেক, দাহর/কবরের স্লিপ, বীমাকৃত ব্যক্তি বেতনভুক কর্মী হলে কর্মচারী সার্টিফিকেট	ফার্স্ট ইনফরমেশন রিপোর্ট (FIR), পঞ্চনামা /তল্লাস রিপোর্ট, ময়নাতদন্তের রিপোর্ট (PMR), ড্রাইভিং লাইসেন্স, পুলিশ ফাইনাল রিপোর্ট, ভিসারার রিপোর্ট, প্রযোজ্য হলে, নিউজ পেপার কাটিং (গুলি), যদি থাকে তাহলে, প্রযোজ্য হিসেবে অন্যান্য

দাবি পরিত্যাগ: HDFC স্ট্যান্ডার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি প্রয়োজন হলে আরও তথ্য/ডকুমেন্ট চাইবার অধিকার সংরক্ষণ করে।

এখানে স্বাক্ষর করুন

দাবিদারের স্বাক্ষর

## অনুচ্ছেদ A\*

### পলিসির বিশদ

পলিসি নম্বর (গুলি): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
দাবি ফর্ম পূরণে সহায়তা করেছেন: \_\_\_\_\_ HDFC লাইফের কর্মী \_\_\_\_\_ পলিসি এজেন্ট \_\_\_\_\_ আত্মীয় \_\_\_\_\_ অসুলভ  
উপরে HDFC লাইফ কর্মী বা আত্মীয় নির্বাচন করা হলে, বিশদ  
আত্মীয়/কর্মীর নাম: \_\_\_\_\_ শ্রী. \_\_\_\_\_ শ্রীমতি. \_\_\_\_\_ F I R S T \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_  
যোগাযোগ: \_\_\_\_\_ M O B I L E \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে  
দাবিদারের  
সাম্প্রতিক  
পাসপোর্ট সাইজ  
ফটো আটকান

### দাবিদারের বিশদ

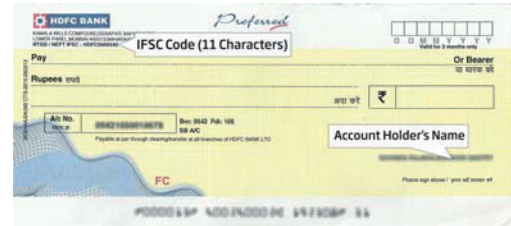
দাবিদারের নাম: \_\_\_\_\_ F I R S T \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_  
জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ D D M M Y Y Y Y \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_ F I R S T \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_ F L A T \_\_\_\_\_ N O. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ B U I L D I N G \_\_\_\_\_ R O A D \_\_\_\_\_ N A M E / N O. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ L A N D M A R K. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C I T Y / V I L L A G E \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D I S T R I C T \_\_\_\_\_ S T A T E \_\_\_\_\_  
পিন কোড: \_\_\_\_\_  
যোগাযোগের নং.: \_\_\_\_\_ O F F I C E \_\_\_\_\_ R E S I D E N C Y \_\_\_\_\_ M O B I L E \_\_\_\_\_  
অফিসের এবং/অথবা ব্যক্তিগত ইমেল আইডি: \_\_\_\_\_  
পেশার বিশদ: \_\_\_\_\_ চাকরি \_\_\_\_\_ ব্যবসা \_\_\_\_\_ স্বনিযুক্ত \_\_\_\_\_ গৃহিণী \_\_\_\_\_ অন্য: \_\_\_\_\_  
মাসিক আয় (INR) \_\_\_\_\_ 20,000 পর্যন্ত \_\_\_\_\_ 20,001-50,000 \_\_\_\_\_ 50,001-1,00,000 \_\_\_\_\_ >1,00,000  
বীমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_ দম্পতি \_\_\_\_\_ সন্তান \_\_\_\_\_ অভিভাবক \_\_\_\_\_ অন্য \_\_\_\_\_ S P E C I F Y \_\_\_\_\_  
দাবিদারের উপাধি: \_\_\_\_\_ নমিনি \_\_\_\_\_ নির্বাহক \_\_\_\_\_ ট্রাস্টি \_\_\_\_\_ নিযুক্ত ব্যক্তি \_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তা \_\_\_\_\_ অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধি \_\_\_\_\_ উত্তরাধিকারী  
দাবিদারের প্যান: \_\_\_\_\_ অথবা \_\_\_\_\_ ফর্ম 60 \_\_\_\_\_ ফর্ম 61  
দাবিদারের আধার নং.: \_\_\_\_\_  
দাবিদার কি একজন রাজনৈতিক উদ্ভাসিত ব্যক্তি (PEP)? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না \_\_\_\_\_  
যোগাযোগের পছন্দসই মোড: \_\_\_\_\_ ইমেল \_\_\_\_\_ ডাকযোগে চিঠি \_\_\_\_\_ (ইমেল নির্বাচন করা হলে, ডাকযোগে চিঠি পাঠানো হবে না)  
অনুগ্রহ করে যোগাযোগের জন্য পছন্দের \_\_\_\_\_ ইংরেজি \_\_\_\_\_ হিন্দি \_\_\_\_\_ তামিল \_\_\_\_\_ তেলুগু \_\_\_\_\_ মালয়ালম \_\_\_\_\_ কন্নড় \_\_\_\_\_ গুজরাতি  
ভাষাতে টিক দিন \_\_\_\_\_ মারাঠি \_\_\_\_\_ বাঙালি \_\_\_\_\_ পাজাবি \_\_\_\_\_ উর্দু \_\_\_\_\_ অসমিয়া \_\_\_\_\_ ওড়িয়া \_\_\_\_\_

\*PEP: ব্যক্তি যিনি একটি রাষ্ট্র মালিকানাধীন প্রতিষ্ঠানের নির্দিষ্ট ব্যবস্থাপনার সদস্য, রাজনৈতিক দল বা একটি কোন ব্যক্তি বা ব্যক্তিবর্গ যে বা যারা কোনো রাষ্ট্র মালিকানাধীন প্রতিষ্ঠান, রাজনৈতিক দল বা আন্তর্জাতিক সংস্থার নির্দিষ্ট ম্যানেজমেন্টের সদস্য যেমন ডিরেক্টর, সিনিয়র ডিরেক্টর এবং বোর্ডের সদস্য বা সমতুল্য পদের।

### দাবিদারের NEFT আদেশপত্র/ ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিশদ

শিশুদের প্ল্যানের ক্ষেত্রে, সুবিধাজোগী একজন প্রাপ্তবয়স্ক হলে, অনুগ্রহ করে সুবিধাজোগীর অ্যাকাউন্টের বিশদ প্রদান করুন।

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নং. : \_\_\_\_\_  
অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম: \_\_\_\_\_  
ব্যাঙ্কের নাম ও শাখা: \_\_\_\_\_  
অ্যাকাউন্টের প্রকার \_\_\_\_\_ সেভিংস \_\_\_\_\_ কারেন্ট \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_ NRE \_\_\_\_\_  
\*NRE অ্যাকাউন্ট থেকে পে করা সমস্ত প্রিমিয়াম: \_\_\_\_\_ \*\*NRE অ্যাকাউন্ট থেকে পে করা আনুপাতিক প্রিমিয়াম: \_\_\_\_\_  
IFSC\*: \_\_\_\_\_ আপনার চেকের পাতাতে প্রদর্শিত \*11 অক্ষরের কোড



### দ্রষ্টব্য:

- NEFT আদেশপত্রের সাথে অ্যাকাউন্ট নং. এবং IFSC সহ একটি বাতিল ব্যক্তিগতকৃত চেক জমা দিতে হবে। চেক ব্যক্তিগতকৃত না হলে আদেশপত্রের সাথে একটি সর্বশেষ ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট বা পাসবইয়ের কপি (যেখানে অ্যাকাউন্ট নম্বর ও IFSC উল্লেখ করা আছে) জমা দিতে হবে।
- এই আদেশপত্রটি প্রক্রিয়া হওয়ার পরে HDFC লাইফে গ্রাহকের সব পলিসির জন্য আগের ট্যাগ করা যে কোনো NEFT আদেশপত্র ওভাররাইড হবে।
- NEFT ব্যর্থ হলে সে ক্ষেত্রে বা আদেশপত্রে বাকি অন্য যে কোনো প্রয়োজনে নতুন NEFT আদেশপত্র না পাওয়া পর্যন্ত পরিশোধ করা হবে না। এর জন্য আপনাকে জানানো হবে।

\*NRE অ্যাকাউন্টে (সম্পূর্ণ বা আনুপাতিক) রিফান্ড NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে পে করা প্রিমিয়ামের অনুপাতের বিষয়াধীন হবে। NRE অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে প্রিমিয়াম পে করা হয়েছে তার প্রমাণ হিসেবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট বা ব্যাঙ্কের লিখ্যতা চিঠি জমা দিন।

\*\* আনুপাতিক পরিশোধের ক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে দুটি NEFT আদেশপত্র প্রদান করুন এগুলি হল NRE অ্যাকাউন্টের জন্য এবং নন-NRE অ্যাকাউন্টের জন্য।

### ঘোষণা:

- আমি/আমরা এখানে ঘোষণা করছি যে উপরে প্রদত্ত বিবরণ সঠিক। অসম্পূর্ণ বা ভুল তথ্যের কারণে লেনদেনে বিলম্ব হলে বা সম্পূর্ণ না হলে আমি/আমরা এর জন্য HDFC স্ট্যান্ডার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানিকে (“HDFC লাইফ”) বা এর কোনো সহযোগী/এজেন্টকে দায়ী করব না। এছাড়া, আমি/আমরা উপরে দেওয়া যে কোনো ভুল তথ্যের কারণে হওয়া যে কোনো ক্ষতির জন্য HDFC লাইফকে ক্ষতিপূরণ দিতে সম্মত হই।
- আমি/আমরা এছাড়াও যে কোনো অতিরিক্ত রাশি, যা যে কোনো কারণে আমার/আমাদের অ্যাকাউন্টে অতিরিক্ত হিসেবে ক্রেডিট হয়েছে তা HDFC লাইফ দাবি করুক বা না করুক, ফিরিয়ে দিতে রাজি হই।

তারিখ: \_\_\_\_\_ D D M M Y Y Y Y \_\_\_\_\_  
স্থান: \_\_\_\_\_

এখানে স্বাক্ষর করুন

দাবিদারের স্বাক্ষর

## অনুচ্ছেদ B\*

### বীমাকৃত ব্যক্তির (LA) বিশদ

বীমাকৃত ব্যক্তির নাম:	শ্রী.	শ্রীমতি.	F	I	R	S	T													L	A	S	T		
পিতার নাম:	F	I	R	S	T																L	A	S	T	
LA-এর প্যান এবং আধার নম্বর:	প্যান									আধার															
মৃত্যুর তারিখ:	D	D	M	M	Y	Y	মৃত্যুর সময় বয়স:	Y	Y	M	M	মৃত্যুর সময়:	H	H	:	M	M	:	S	S					
মৃত্যুর স্থান:	স্থান:	হাসপাতাল		কর্ম স্থান		বাড়ি		অন্য					S	P	E	C	I	F	Y						
মৃত্যুর স্থানের ঠিকানা	F	I	R	S	T					L	A	S	T							F	L	A	T	N	O.
	B	U	I	L	D	I	N	G		R	O	A	D	N	A	M	E	/	N	O.					
	C	I	T	Y	/	V	I	L	L	A	G	E													
	D	I	S	T	R	I	C	T		S	T	A	T	E											
পিন কোড																									

ভারতের বাইরে মৃত্যু হলে, মৃতদেহ স্থানান্তরের অনুমতি/ দূতাবাস থেকে সার্টিফিকেশন:  সুলভ  অসুলভ

অসুলভ হলে, কেন?

কবর বা দাহর শংসাপত্র যথাযথভাবে লাগানো/সংযুক্ত করা হয়েছে কি না?  হ্যাঁ :  না

অসুলভ হলে, কেন?

মৃত্যুর স্থানের ঠিকানা	F	I	R	S	T					L	A	S	T							F	L	A	T	N	O.	
	B	U	I	L	D	I	N	G		R	O	A	D	N	A	M	E	/	N	O.						
	C	I	T	Y	/	V	I	L	L	A	G	E														
	D	I	S	T	R	I	C	T		S	T	A	T	E												
পিন কোড:																										

মৃত্যুর প্রকৃতি:  মেডিকেল  দুর্ঘটনা  হত্যা  সুইসাইড

মৃত্যুর ভাৎক্ষণিক কারণ:

মৃত্যুর পারিপার্শ্বিক অবস্থা:

মৃত্যু/দাহ/কবরের সময় উপস্থিত আত্মীয়ের নাম ও যোগাযোগের বিশদ:

1ম নাম:	F	I	R	S	T															L	A	S	T	
যোগাযোগের বিশদ:				O	F	F	I	C	E						M	O	B	I	L	E				
2য় নাম:	F	I	R	S	T															L	A	S	T	
যোগাযোগের বিশদ:				O	F	F	I	C	E						M	O	B	I	L	E				

### বীমাকৃত ব্যক্তির চাকরির বিশদ

পেশার বিশদ:	চাকরি	ব্যবসা	স্বনিযুক্ত	গৃহিণী	অন্য:	S	P	E	C	I	F	Y														
মাসিক আয় (INR)	2:0,000 পর্যন্ত	20,001-50,000	50,001-1,00,000	>1,00,000																						
নিয়োগকর্তার নাম:																										
কর্মস্থল / চাকরি / ব্যবসার ঠিকানা	F	I	R	S	T					L	A	S	T							F	L	A	T	N	O.	
	B	U	I	L	D	I	N	G		R	O	A	D	N	A	M	E	/	N	O.						
										L	A	N	D	M	A	R	K									
	C	I	T	Y	/	V	I	L	L	A	G	E														
	D	I	S	T	R	I	C	T		S	T	A	T	E												
পিন কোড:																										

সর্বশেষ কাজের অবস্থান/চাকরি/ব্যবসা:

নিয়োগকর্তার যোগাযোগের বিশদ:  N A M E  M O B I L E

সর্বশেষ কাজের দিন:  D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

এখানে স্বাক্ষর করুন

দাখিলকার স্বাক্ষর



## জীবন শৈলীর বিশদ

বীমাকৃত ব্যক্তির কি মদ্যপান, ধূমপান এবং/অথবা তামাকজাত বস্তু চিবানোর অভ্যাস ছিল?  হ্যাঁ  না  হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিশদ প্রদান করুন।

<input type="checkbox"/> বিয়ার	<input type="checkbox"/> ছইস্কি	<input type="checkbox"/> ওয়াইন	অন্য: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/>	প্রতিদিন মিলি/বোতল সংখ্যা অথবা <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> সিগারেট	<input type="checkbox"/> বিড়ি	<input type="checkbox"/> তামাক	গুটখা <input type="checkbox"/> অন্য: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Y	সিগারেট সংখ্যা বা প্রতিদিন প্যাকেট <input type="checkbox"/>

বীমাকৃত ব্যক্তির ড্রাগ নেওয়ার অভ্যাস ছিল কিনা:  ড্রাগের নাম       বছরের সংখ্যা   ডোজ ব্যবহার

অন্য কোনো পদার্থে আসক্তি ছিল কিনা:

## বীমাকৃত ব্যক্তির অন্য বীমা/মেডিক্লেম পলিসির বিশদ

পলিসি নং.	বীমা কোম্পানির নাম	নিশ্চিত রাশি বা সাম অ্যাসিওর্ড (SA)	ঝুঁকি প্রবর্তন তারিখ (RCD)	দাবির স্থিতি অনুগ্রহ করে উপযুক্ত বাক্সে টিক করুন					
				দাবির আবেদন করা হয়েছে	দাবির আবেদন করা হয় নি	দাবির আংশিক রাশি প্রাপ্ত হয়েছে	দাবির বিরুদ্ধে আইনি আবেদন ফাইল করা হয়েছে	দাবির সম্পূর্ণ রাশি প্রাপ্ত হয়েছে	দাবি অস্বীকৃত হয়েছে
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

অন্য বীমা সংস্থাতে দাবির আবেদন করা ন হলে, তার কারণ কী?

## অনুচ্ছেদ D

### দুর্ঘটনা/খুন/আত্মহত্যার কারণে মৃত্যু হলে

যে পুলিশ থানাতে FIR/কেস ডায়েরি রেজিস্টার করা হয়েছে তার ঠিকানা ও যোগাযোগের বিশদ:

রেজিস্টার করা না হলে কারণ ব্যাখ্যা করুন:

যে হাসপাতালে ময়নাতদন্ত করা হয়েছে তার বিশদ

ময়নাতদন্তের রিপোর্ট কি আটকানো/সংযুক্ত করা হয়েছে?  হ্যাঁ  না  হলে, দয়া করে কারণ ব্যাখ্যা করুন:

কিভাবে ঘটনাটি ঘটল তার বিশদ?

রেল  রাস্তা  আকাশ  অন্য

S  P  E  C  I  F  Y

জড়িত পক্ষদের বিশদ এবং দুর্ঘটনার স্থান

এখানে স্বাক্ষর করুন

দাবিদারের স্বাক্ষর

**অনুমোদন E\***

**ঘোষণা এবং অনুমোদন**

- আমি এখানে ঘোষণা করছি যে আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে উপরে পূরণ করা/ দেওয়া সব বিশদ সত্য ও সঠিক।
- আমি এখানে প্রতিটি ক্ষেত্রে পূর্বোল্লিখিত বিবরণের সত্যতা এবং সঠিকতা নিশ্চিত করছি এবং আমি সম্মত হচ্ছি যে আমি যদি কোনো মিথ্যা বা অসত্য বিবৃতি দিয়ে থাকি বা দিই, কোনো উপাদান সত্যতা লুকাই বা গোপন করি তাহলে আমার উক্ত খরচ ফেরত দাবির অধিকার সম্পূর্ণ রূপে বাজেয়াপ্ত হবে।
- আমি বুঝি ও সম্মত হই যে এই ফর্ম জমা দেওয়ার অর্থ এই নয় যে অনুরোধ প্রক্রিয়া করা হবে।
- আমি বুঝি যে এই পলিসির অধীনে যে কোনো পরিশোধ পলিসির শর্তাবলী অনুযায়ী যথাযথভাবে করা হবে।
- যে কোনো পেমেন্ট সর্বশেষ পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম পেমেন্টের আদায় সাপেক্ষ।
- আমি সব মেডিকেল প্রতিষ্ঠান (মেডিকেল ল্যাব অন্তর্ভুক্ত), সরকারি সংস্থাকে (পুলিশ, রাজস্ব, ইত্যাদি) HDFC লাইফকে অতীত ও বর্তমান উভয় থেকে LA বীমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্কিত HIV/AIDS এবং অন্যান্য সহ চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি।
- এই ঘোষণার একটি ফটো কপিকে বৈধ ও কার্যকর হিসেবে বিবেচনা করা হবে।
- আমি HDFC লাইফকে আমার হয়ে বীমা পলিসি দেওয়ার, বুঝির দায়গ্রহণ করার, দাবি নিষ্পত্তি ইত্যাদির জন্য, এই ধরনের শেয়ারিংয়ের জন্য আমার স্পষ্ট সম্মতি অর্জন ছাড়াই, যে কোনো রিইনসিওরার, বীমা সংস্থা, মেডিকেল কর্তৃপক্ষ, অন্য বীমা সংস্থা, সংবিধিবদ্ধ কর্তৃপক্ষ, নিয়োগকর্তা, আদালত, সরকারি সংস্থা, কোনো তদন্ত সংস্থা ব্যবহারকারী নিয়ন্ত্রক সংস্থা বা অন্য পরিষেবা প্রদানকারী(দের) সাথে তথ্য শেয়ার করার ও অর্জন করার অনুমোদন দিচ্ছি এবং আমি এর জন্য এখানে আমার সম্মতিও দিচ্ছি।

তারিখ:	D D M M Y Y Y Y	এখানে স্বাক্ষর করুন	তারিখ:	D D M M Y Y Y Y	এখানে স্বাক্ষর করুন
স্থান:			স্থান:		
দাবিদারের স্বাক্ষর/টিপসই			স্বাক্ষীর স্বাক্ষর		
স্বাক্ষীর নাম:	F I R S T		L A S T		
ঠিকানা:					
যোগাযোগের বিশদ:	O F F I C E		M O B I L E		

**দাবিতার তার টিপসই দিয়েছেন/মাতৃভাষাতে স্বাক্ষর করেছেন / আবেদন পূরণ করেন নি**

আমি এখানে ঘোষণা করছি যে আমি এই আবেদন ফর্মের বিষয়বস্তু দাবি দারের কাছে \_\_\_\_\_ ভাষাতে ব্যাখ্যা করেছি এবং আমাকে দেওয়া উত্তর বিশ্বস্ততার সঙ্গে রেকর্ড করেছি। এছাড়াও আমি ঘোষণা করছি যে দাবিদার আমার উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করেছে/নিজের টিপসই দিয়েছে।

তৃতীয় পক্ষের নাম :		এখানে স্বাক্ষর করুন
ঠিকানা:		
যোগাযোগের বিশদ:		
তারিখ:	D D M M Y Y Y Y	স্থান:
		তৃতীয় পক্ষের স্বাক্ষর

HDFC স্ট্যান্ডার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড। IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং. 101.

রেজিস্ট্রাড অফিস: 13 তল, লোচা এক্সপ্লেস, অ্যাপোলো মিলস কম্পাউন্ড, N.M. জোশি মার্গ, মহালক্ষী, মুম্বাই - 400 011. CIN:L65110MH2000PLC128245.

**গ্রাহক স্বীকৃতি কপি-ব্যক্তির ডেথ ক্লেম ফর্ম**

পলিসি নং.		দাবিদারের নাম	
শাখার নাম/ইন্টারঅ্যাকশন আইডি		তারিখ	D D M M Y Y Y Y
কর্মীর নাম		কর্মীর কোড	
কর্মীর স্বাক্ষর			শাখার সীলমোহর

**যে সব ডকুমেন্ট জমা দেওয়া হয়েছে**

<input type="checkbox"/> মূল পলিসি সার্টিফিকেট	<input type="checkbox"/> বীমাকৃত ব্যক্তির কর্মী সার্টিফিকেট
<input type="checkbox"/> দাবিদারের আধার	<input type="checkbox"/> প্যান
<input type="checkbox"/> বীমাকৃত ব্যক্তির আধার	<input type="checkbox"/> প্যান
<input type="checkbox"/> ফার্স্ট ইনফরমেশন রিপোর্ট (FIR)	<input type="checkbox"/> বাতিল চেক
<input type="checkbox"/> পঞ্চনামা	<input type="checkbox"/> বাড়ির ঠিকানার প্রমাণ
<input type="checkbox"/> ফাইনাল রিপোর্ট	<input type="checkbox"/> ময়নাতদন্তের রিপোর্ট (PMR)
<input type="checkbox"/> সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড	<input type="checkbox"/> দাবিদারের ছবি
<input type="checkbox"/> মৃত্যুর মেডিকেল কারণের সার্টিফিকেট	<input type="checkbox"/> কবর বা দাহর স্লিপ
	<input type="checkbox"/> অন্যান্য

দাবি পরিচয়: HDFC স্ট্যান্ডার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি প্রয়োজন হলে আরপ তথ্য/ডকুমেন্ট চাইবার অধিকার সংরক্ষণ করে।

HDFC স্ট্যান্ডার্ড লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড (“HDFC লাইফ”)। IRDAI রেজিস্ট্রেশন নং.101.

রেজিস্ট্রাড অফিস: 13 তল, লোচা এক্সপ্লেস, অ্যাপোলো মিলস কম্পাউন্ড, N.M. জোশি মার্গ, মহালক্ষী, মুম্বাই - 400 011.

কল করুন 1860-267-9999 (লোকল চার্জ প্রযোজ্য)। আগে কোনো দেশের কোড যেমন +91 বা 00 দেবেন না। সোম-শনি সকাল 10টা থেকে সন্ধ্যা 7টা পর্যন্ত সূত্র । ইমেল - service@hdfclife.com ।

NRIservice@hdfclife.com (শুধুমাত্র NRI গ্রাহকদের জন্য) দেখুন - www.hdfclife.com. CIN:L65110MH2000PLC128245