

इंडिविजुअल
डेथ क्लेम
फॉर्म

केवल कार्यालयी प्रयोग के लिए

शाखा का नाम: शाखा कोड:
इंटरैक्शन आईडी:
कर्मचारी का नाम:
कर्मचारी कोड: हस्ताक्षर:

तिथि: DDMMYY

समय: 3 PM या इससे पहले
 3 PM के बाद

कृपया आपकी असामयिक मृत्यु पर हमारी संवेदनाएं स्वीकार करें। हम समझते हैं कि यह आपके लिए एक कठिन समय है और जरूरत की इस घड़ी में आपको बेहतर सहायता प्रदान करना हमारी जिम्मेदारी है। इस डेथ क्लेम फॉर्म से आपको आसानी से अपना क्लेम फाइल करने में मदद मिलेगी। कृपया उपयुक्त दस्तावेजों के साथ ठीक तरह से भरा हुआ और हस्ताक्षर किया हुआ फॉर्म जमा करें और नीचे दिए गए निर्देशों का पालन करें ताकि हम जल्द से जल्द आपके क्लेम का निपटारा कर सकें।

महत्वपूर्ण जानकारी

- फॉर्म केवल क्लेमेट द्वारा ही भरा जाना चाहिए। क्लेमेट के नाबालिग होने की स्थिति में, अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति फॉर्म भर सकता है।
 - एकल फॉर्म भरकर और सभी लागू पॉलिसी नंबर प्रदान करके एकाधिक पॉलिसी के अंतर्गत क्लेम रजिस्टर्ड किया जा सकता है।
 - एक से अधिक क्लेमेट की स्थिति में, प्रत्येक क्लेमेट के लिए अलग-अलग फॉर्म भरा जाना होता है।
 - कृपया घोषणाओं को ध्यान से पढ़ें और क्लेम फॉर्म पर उसी तरह हस्ताक्षर करें जैसा कि आप सामान्य रूप से अपने चेक पर करते हैं।
 - क्लेमेट को इस क्लेम फॉर्म के सभी पृष्ठों पर हस्ताक्षर करना चाहिए।
 - पॉलिसी के सभी नियमों व शर्तों की पूर्ति के आधार पर क्लेम का भुगतान किया जाता है।
 - इस क्लेम को प्रॉसेस करने के लिए किसी भी व्यक्ति को किसी शुल्क या कमीशन का भुगतान नहीं किया जाना चाहिए।
 - तारक चिह्न (*) अनिवार्य जानकारी को दर्शाता है।
- पेंशन क्लेम - सेक्शन A,B,E भरना अनिवार्य है; डेथ क्लेम (गैर-दुर्घटना) - सेक्शन A,B,C,E; डेथ क्लेम (दुर्घटना) - सभी सेक्शन को भरना अनिवार्य है।

फॉर्म भरने के लिए महत्वपूर्ण निशानिर्देश

क्लेम फॉर्म में दिए गए सभी फील्ड को क्लेमेट द्वारा ब्लॉक लेटर में भरा जाना चाहिए।

सेक्शन A: क्लेमेट का विवरण और NEFT अधिदेश

- पॉलिसी नंबर और लेटर्स साफ-साफ और स्पष्ट होने चाहिए।
- सुनिश्चित करें कि आपका पता, फ़ोन नंबर और ईमेल आईडी हाल के हैं और सक्रिय हैं क्योंकि पत्राचार इसके जरिए ही किया जाएगा।
- कृपया NEFT फॉर्म पूरा भरें और कैंसल्ड चेक/बैंक खाता पासबुक की कॉपी संलग्न करें ताकि हम पॉलिसी के नियमों और शर्तों के मुताबिक भुगतान योग्य क्लेम लाभ को सीधे आपके खाते में हस्तांतरित कर सकें।
- संचार के लिए कृपया पसंदीदा भाषा के रूप में केवल एक भाषा का चयन करें।

सेक्शन B: बीमित व्यक्ति (लाइफ एश्योर्ड) का विवरण

- जब भी आप "अन्य" चुनते हैं, तो कृपया दिए गए स्थान में विवरण दें।
- आवश्यकता पड़ने पर सहायक दस्तावेज प्रदान करें।

सेक्शन C: बीमित व्यक्ति का हॉस्पिटलाइजेशन विवरण

- अटेंडिंग फिज़िशियन द्वारा जारी किए गए सभी मेडिकल रिपोर्ट्स, दस्तावेज और प्रमाणपत्र के लिए, कृपया सुनिश्चित करें कि वह भारतीय कानून के मुताबिक ऐसे दस्तावेज/प्रमाणपत्र प्रदान करने के लिए अधिकृत हैं।
- बीमित व्यक्ति की अन्य बीमा पॉलिसी की जानकारी नहीं देने से क्लेम को अमान्य करार दिया जा सकता है।

सेक्शन D: दुर्घटना/हत्या/आत्महत्या के कारण हुई मृत्यु का विवरण

- दुर्घटना के बारे में विस्तृत जानकारी प्रदान करें।
- PMR और FIR संलग्न करें, या इसकी अनुपलब्धता या प्रदान नहीं किए जाने का कारण स्पष्ट रूप से बताएं।

सेक्शन E: घोषणा और अधिकरण

- निर्धारित स्थान पर हस्ताक्षर करें और संपर्क विवरण प्रदान करें।
- हमारी सेवा का मूल्यांकन करना न भूलें।

एकनॉनॉलेजमेंट स्लिप तैयार रखें और HDFC लाइफ के प्रतिनिधियों द्वारा मांगे जाने पर उन्हें सौंपें।

पहचान और पता प्रमाणों की सूची (कृपया जमा किए गए दस्तावेजों पर टिक लगाएं)

फ़ोटो पहचान पत्र (कोई एक)	पता प्रमाण (कोई एक)
<input type="checkbox"/> आधार कार्ड <input type="checkbox"/> वैध पासपोर्ट <input type="checkbox"/> वोटर आईडी कार्ड	<input type="checkbox"/> आधार कार्ड <input type="checkbox"/> वैध पासपोर्ट <input type="checkbox"/> वोटर आईडी कार्ड
<input type="checkbox"/> पैन कार्ड <input type="checkbox"/> वोटर आईडी कार्ड <input type="checkbox"/> वैध ड्राइविंग लाइसेंस	<input type="checkbox"/> वैध ड्राइविंग लाइसेंस
<input type="checkbox"/> स्टैम्प लगे हुए फ़ोटोग्राफ के साथ बैंक पासबुक	<input type="checkbox"/> युटिलिटी बिल (बिजली/फोन बिल, जो 6 महीने से अधिक पुराना न हो)
<input type="checkbox"/> केंद्र/राज्य सरकार द्वारा कर्मचारियों को जारी किया गया आईडी कार्ड	<input type="checkbox"/> स्टैम्प लगे हुए फ़ोटोग्राफ के साथ बैंक पासबुक

जमा किए जाने वाले दस्तावेज

अनिवार्य दस्तावेज	अतिरिक्त दस्तावेज
मूल पॉलिसी दस्तावेज	बीमारी के कारण हॉस्पिटलाइजेशन/मृत्यु
स्थानीय प्राधिकार द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र की कॉपी	मृत्यु का मेडिकल कारण प्रमाणपत्र की कॉपी
क्लेमेट का आधार कार्ड और पैन विवरण	पूर्व में लिए गए सभी उपचार के मेडिकल रिकॉर्ड्स। (एडमिशन नोट्स, हिस्ट्री/प्रोग्रेस शीट, डिस्चार्ज/डेथ समरी, टेस्ट रिपोर्ट इत्यादि)
बीमित व्यक्ति का आधार कार्ड और पैन विवरण	दुर्घटना मृत्यु
कैंसल्ड चेक, क्रिमेशन/ब्युरियल स्लिप, इम्प्लॉयी सर्टिफिकेट यदि बीमित व्यक्ति वेतनभोगी था	फर्स्ट इंफॉर्मेशन रिपोर्ट (FIR), पंचनामा / जांच-पड़ताल रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट (PMR), ड्राइविंग लाइसेंस, पुलिस फाइल रिपोर्ट, वीसेरा रिपोर्ट, यदि लागू हो तो, न्यूजपेपर कटिंग (s), यदि कोई हो, लागू होने वाले अन्य दस्तावेजों की कॉपी

अस्वीकरण: HDFC स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस कंपनी के पास, आवश्यक होने पर, अधिक जानकारी/दस्तावेज लेने का अधिकार सुरक्षित है।

यहां हस्ताक्षर करें

क्लेमेट का हस्ताक्षर

सेक्शन A*

पॉलिसी विवरण

पॉलिसी नंबर:

कलेम फॉर्म भरने में सहायक: HDFC लाइफ का कर्मचारी पॉलिसी एजेंट रिश्तेदार NA

यदि ऊपर HDFC लाइफ का कर्मचारी या रिश्तेदार विकल्प चुना गया है, तो विवरण दें

रिश्तेदार/कर्मचारी का नाम: श्री. सुश्री. F I R S T L A S T

संपर्क: M O B I L E

कृपया क्लेमेट का हाल का पासपोर्ट आकार का फोटो चिपकाएं

क्लेमेट का विवरण

क्लेमेट का नाम: श्री. सुश्री. F I R S T L A S T

जन्म तिथि: D D M M Y Y Y Y

पता: 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

पिनकोड:

कॉन्टैक्ट नं: O F F I C E R E S I D E N C Y M O B I L E

ऑफिस और/या व्यक्तिगत ईमेल आईडी:

पेशा का विवरण: सर्विस बिजनेस स्वरोजगार गृहणी अन्य:

मासिक आय (₹.) 20,000 तक 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000

बीमित व्यक्ति के साथ संबंध: जीवनसाथी बच्चे माता-पिता अन्य S P E C I F Y

क्लेमेट टाइल: नामिती एक्जिक्यूटिव ट्रस्टी अप्वाइंटी नियोक्ता असाइनी लाभार्थी

क्लेमेट का पैन या फॉर्म 60 फॉर्म 61

क्लेमेट का आधार नं.:

क्या क्लेमेट पॉलिटिकली एक्सपोज्ड पर्सन (PEP) है? हां नहीं *PEP: वे व्यक्ति जो किसी राज्य स्वामित्व वाले एंटरप्राइज, राजनैतिक दल या किसी अंतर्राष्ट्रीय संगठन में प्रबंधन के वरिष्ठ सदस्य होते हैं जैसे निदेशक, उप निदेशक, बोर्ड या समतुल्य फंक्शन के सदस्य।

संचार का पसंदीदा माध्यम: ईमेल वास्तविक पत्र (यदि ईमेल चुना जाता है, तो वास्तविक पत्र नहीं भेजा जाएगा)

कृपया संचार के लिए पसंदीदा भाषा इंग्लिश हिंदी तमिल तेलुगु मलयालम कन्नड़ गुजराती

पर टिक लगाएं संचार मराठी बंगाली पंजाबी उर्दू असमिया ओड़िया

क्लेमेट NEFT मंडेट/बैंक खाता विवरण

बच्चों के प्लान की स्थिति में, यदि लाभार्थी वयस्क व्यक्ति है, तो कृपया लाभार्थी का खाता विवरण दें।

बैंक खाता सं.:

खाता धारक का नाम:

बैंक का नाम और शाखा:

खाता का प्रकार बचत चालू NRO NRE

*NRE खाते से भुगतान किए गए सभी प्रीमियम: **NRE खाते से भुगतान किए गए सभी यथोचित प्रीमियम:

IFSC*: ^11 कैरेक्टर कोड जो आपके चेक लीफ पर दिखाई देता है



नोट:

- NEFT मंडेट के साथ खाता सं. और IFSC वाला कैंसल किया हुआ व्यक्तिगत चेक जमा किया जाना चाहिए। यदि चेक व्यक्तिगत नहीं है, तो नवीनतम बैंक स्टेटमेंट या पासबुक की कॉपी (जहां खाता सं. और IFSC का उल्लेख हो) अधिदेश के साथ जमा किया जाना होता है।
- यह अधिदेश, प्रॉसेसिंग के बाद, पूर्व में सभी पॉलिसी के लिए, HDFC लाइफ के साथ क्लाइंट द्वारा रखा गया, टैग किए गए NEFT अधिदेश निरस्त हो जाएंगे।
- NEFT विफल होने की स्थिति में या अधिदेश पर लंबित किसी बाद की आवश्यकता की स्थिति में, नया NEFT अधिदेश प्राप्त होने तक अदायगी को रोक कर रखा जाएगा। इसके बारे में आपको सूचना भेजी जाएगी।

*NRE में रिफंड (पूरा या आनुपातिक) NRE खाते के जरिए भुगतान किए गए प्रीमियम के अनुपात के आधार पर किया जाएगा। NRE खाते के जरिए भुगतान किए गए प्रीमियम के लिए प्रमाण के रूप में कृपया बैंक स्टेटमेंट या बैंक कंफर्मेशन लेटर जमा करें।

** आनुपातिक अदायगी की स्थिति में, कृपया दो NEFT अधिदेश प्रदान करें, अर्थात NRE खाता और गैर-NRE खाता के लिए।

घोषणा:

- मैं/हम एतद द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि ऊपर दिए गए विवरण सही हैं। यदि अधूरी या गलत जानकारी के कारण से लेनदेन में देरी होती है या नहीं होता है, तो मैं/हम HDFC स्टैंडर्ड लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ("HDFC Life") या इसके किसी सहयोगी/एजेंट को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराएंगे। इसके अलावा, मैं/हम HDFC लाइफको ऊपर प्रदान की गई किसी गलत जानकारी के कारण होने वाली किसी क्षति से सुरक्षित रखूंगा/रखेंगे।
- मैं/हम अधिक हुई उस धनराशि को वापस करूंगा/करेंगे चाहे HDFC लाइफ द्वारा मांगा गया हो या नहीं, जो किसी भी समय किसी भी कारण से मेरे/हमारे खाते में अधिक जमा हो गया हो।

तिथि: D D M M Y Y Y Y

स्थान:

यहां हस्ताक्षर करें

क्लेमेट का हस्ताक्षर

सेक्शन B*

बीमित व्यक्ति का विवरण (LA)

बीमित व्यक्ति (राइफ एश्योर्ड) का नाम: श्री. सुश्री. F I R S T L A S T
 पिता का नाम: F I R S T L A S T
 LA का पैन और आधार नंबर: पैन आधार
 मृत्यु की तिथि: DDMMYY मृत्यु के समय आयु: YYMM मृत्यु का समय: HH:MM:SS
 मृत्यु का स्थान: अवस्थिति: अस्पताल कार्यस्थल घर अन्य SPECIFY
 मृत्यु के स्थान का पता: 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

पिनकोड
 यदि मृत्यु भारत से बाहर हुई है, तो कॉन्सुलेट से शव स्थानांतर अनुमति / प्रमाणन : उपलब्ध: पलब्ध नहीं
 यदि उपलब्ध नहीं है, तो क्यों?

तदनुसार दफन या शवदाह प्रमाणपत्र अनुलग्न है या नहीं? हां: नहीं
 यदि उपलब्ध नहीं है, तो क्यों?

कब्र या शमशान के स्थान का पता 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

पिनकोड:
 मृत्यु की प्रकृति: मेडिकल दुर्घटना हत्या आत्महत्या
 मृत्यु का तात्कालिक कारण:
 मृत्यु के आसपास की परिस्थितियां:

मृत्यु/शवदाह/दफन के समय उपस्थित रिश्तेदार का नाम और संपर्क विवरण:
 पहला नाम: F I R S T L A S T
 संपर्क विवरण: OFFICE MOBILE
 दूसरा नाम: F I R S T L A S T
 संपर्क विवरण: OFFICE MOBILE

बीमित व्यक्ति का रोजगार विवरण

पेशा का विवरण: सर्विस बिजनेस स्वरोजगार गृहणी अन्य: SPECIFY
 मासिक आय (रु.) 2:0,000 तक 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000
 नियोक्ता का नाम:
 कार्य स्थल/रोजगार/बिजनेस का पता 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

पिनकोड:
 अंति कार्य स्थान/रोजगार/बिजनेस:
 नियोक्ता का संपर्क विवरण: NAME MOBILE
 अंतिम कार्य दिवस: DDMMYY

यहां हस्ताक्षर करें
 क्लिकेट का हस्ताक्षर

सेक्शन C

बीमित व्यक्ति का हॉस्पिटलाइजेशन विवरण

क्या बीमित व्यक्ति में निम्नलिखित रोगों का डायग्नोसिस हुआ था/घसित था/उपचार किया गया था? हैपरटेंशन मधुमेह हृदय रोग लीवर रोग किडनी रोग
 कैंसर अन्य S P E C I F Y

पहली बार रोग/बीमारी के डायग्नोसिस की तिथि:

क्या आपके निकट के परिवार के किसी सदस्य को यही बीमारी है डायग्नोसिस कब हुआ था? हां नहीं यदि हां, तो विवरण दें कि पहली बार इसका

आउटपेशेंट या इनपेशेंट की तिथियों को शामिल करते हुए प्राप्त इलाज का विवरण

दाखिले का प्रकार: एमर्जेंसी नियोजित डे केयर मेटर्निटी NA
 इलाज किया गया, यदि सर्जरी नहीं हुई:

जख्म के कारण हॉस्पिटलाइजेशन: हां नहीं
 यदि हां, तो कारण बताएं: आत्म-हत्या सड़क यातायात दुर्घटना मादक द्रव्यों का सेवन
 अस्पताल से छुट्टी के समय स्थिति: घर के लिए डिस्चार्ज दूसरे अस्पताल के लिए डिस्चार्ज मृतक
 मृत्यु का मेडिकल कारण प्रमाणपत्र: उपलब्ध उपलब्ध नहीं कृपया संलग्न करें/संबद्ध करें कृपया अनुलग्न करें। यदि उपलब्ध नहीं है, तो कारण बताएं।

बीमित व्यक्ति का मेडिकल कंसल्टेशन इतिहास (पॉलिसी रिस्क कमेंसमेंट तिथि अंतिम 5 वर्षों के लिए)

पॉलिसी RCD से अंतिम 5 वर्षों के दौरान परामर्श लिए गए एक से अधिक डॉक्टर के लिए, सभी विवरणों का जिक्र करते हुए कृपया एक अलग पृष्ठ अनुलग्न करें।

डॉक्टर का नाम: F I R S T L A S T
 अस्पताल का पता: 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.
 D I S T R I C T S T A T E पिनकोड:

डॉक्टर का संपर्क विवरण:
 कंसल्टेशन की तिथियां:
 कंसल्टेशन के कारण:

डॉक्टर का विवरण

वह डॉक्टर जिन्होंने अंतिम बीमारी को देखा: F I R S T L A S T
 अस्पताल का पता: 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.
 D I S T R I C T S T A T E पिनकोड:

डॉक्टर का संपर्क विवरण: O F F I C E M O B I L E

फैमिली डॉक्टर: F I R S T L A S T
 अस्पताल का पता: 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.
 D I S T R I C T S T A T E पिनकोड:

डॉक्टर का संपर्क विवरण: O F F I C E M O B I L E

डॉक्टर जिन्होंने मृत्यु घोषित किया: F I R S T L A S T
 अस्पताल का पता: 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.
 D I S T R I C T S T A T E पिनकोड:

डॉक्टर का संपर्क विवरण: O F F I C E M O B I L E

यहां हस्ताक्षर करें

क्लेमेट का हस्ताक्षर

जीवनशैली का विवरण

क्या बीमित व्यक्ति को शराब पीने, धूम्रपान करने और/या तम्बाकू चबाने की आदत थी? हां नहीं यदि हां, तो विवरण दें।

बीयर व्हिस्की वाइन अन्य: S P E C I F Y मिला/बोतल प्रति दिन

बीड़ी बीड़ी तंबाकू गुटखा अन्य: S P E C I F Y प्रति दिन सिगरेट या पैकेटकी संख्या

यदि बीमित व्यक्ति को ड्रग लेने की आदत थी: ड्रग्स का नाम वर्षों की संख्या खुराक

अन्य पदार्थ का सेवन, यदि कोई है:

बीमित व्यक्ति के दूसरे बीमा/मेडिकलेम पॉलिसी का विवरण

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी का नाम	बीमित राशि (SA)	रिस्क कमेंसमेंट तिथि (RCD)	क्लेम स्टेटस कृपया उचित बॉक्स पर टिक करें						
				क्लेम प्रयुक्त	क्लेम अप्रयुक्त	आंशिक क्लेम राशि प्राप्त	क्लेम के खिलाफ कानूनी अपील दर्ज	पूर्ण क्लेम राशि प्राप्त	क्लेम खारिज	
<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"/> <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"/> <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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	<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"/> <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"/> <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"/>	<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"/> <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"/> <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"/>	<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

यदि दूसरे बीमाकर्ता के साथ क्लेम का आवेदन नहीं किया, तो क्यों?

सेक्शन D

दुर्घटना/हत्या/आत्महत्या के कारण हुई मृत्यु की स्थिति में

उस पुलिस स्टेशन का पता और संपर्क विवरण

जहां एफआईआर/केस डायरी रजिस्टर्ड है:

यदि रजिस्टर्ड नहीं है, तो कारण बताएं:

उस अस्पताल का विवरण जहां पोस्ट मॉर्टम किया गया था।

क्या पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट अनुलग्न है? हां नहीं यदि अनुलग्न नहीं है, तो कारण बताएं

घटना के घटित होने का विवरण? रेल रोड एयर अन्य

दुर्घटना में शामिल पक्ष और स्थान का विवरण

यहां हस्ताक्षर करें

क्लेमेट का हस्ताक्षर

सेक्शन E*

घोषणा और अधिकरण

- मैं एतद द्वारा यह घोषित करता हूँ कि ऊपर भरे गए/प्रदान किए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार पूरी तरह से सत्य और सही हैं।
- मैं एतद द्वारा प्रत्येक मामले में पूर्वगामी विवरणों की सत्यता और शुद्धता का आश्वासन देता हूँ और मैं इस बात से सहमत हूँ कि यदि मैंने कोई गलत या असत्य कथन दिया है या किसी वास्तविक तथ्य को छिपाया है, तो मेरे उक्त व्यक्तियों के क्लेम की प्रतिपूर्ति का दावा पूरी तरह से खारिज हो जाएगा।
- मैं यह समझता हूँ और इस बात से सहमत हूँ कि इस फॉर्म को जमा करने का यह मतलब नहीं है कि अनुरोध को प्रॉसेस किया जाएगा।
- मैं समझता हूँ कि पॉलिसी के अंतर्गत कोई भी अदायगी पॉलिसी से नियमों और शर्तों के मुताबिक होगी।
- कोई भी भुगतान अंतिम नवीकरण प्रीमियम भुगतान की प्राप्ति पर निर्भर करेगा।
- मैं LA से संबंधित HIV/AIDS और अन्य रोगों की उपचार सूचना, पिछला और वर्तमान दोनों, को HDFC लाइफ के सामने प्रकट करने के लिए सभी चिकित्सा प्रतिष्ठानों (मेडिकल लैब्स सहित), सरकारी संस्थानों (पुलिस, राजस्व, इत्यादि) को अधिकृत करता हूँ।
- इस घोषणापत्र की फोटो कॉपी को वैध और प्रभावी माना जाएगा।
- मैं HDFC लाइफ को मेरी ओर से, किसी भी पुनर्बीमाकर्ता, बीमा संस्था, चिकित्सा प्राधिकार, अन्य बीमाकर्ता, संवैधानिक प्राधिकार, नियोक्ता, न्यायालय, सरकारी निकाय, नियामक के साथ, किसी जांच एजेंसी या अन्य सेवा प्रदाता(ओं) की मदद से सूचना साझा करने और प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ ताकि इस प्रकार के साझाकरण के लिए मेरी विशेष सहमति प्राप्त किए बिना बीमा पॉलिसी की सर्विसिंग, जोखिम का अंकन, दावे का निपटारा इत्यादि किया जा सके और मैं एतद्वारा इसके लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

तिथि:	D D M M Y Y Y Y	यहां हस्ताक्षर करें	तिथि:	D D M M Y Y Y Y	यहां हस्ताक्षर करें
स्थान:			स्थान:		
क्लेमेंट का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान			गवाह का हस्ताक्षर		

गवाह का नाम:	F I R S T	LAST
पता:		
संपर्क विवरण:	O F F I C E	M O B I L E

क्लेमेंट ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/मातृभाषा में हस्ताक्षर किया है/आवेदन नहीं भरा है

मैं एतद द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि मैंने क्लेमेंट को इस आवेदन फॉर्म की विषय-वस्तु की व्याख्या भाषा में की है और मुझे मिले उत्तरों को सही-सही दर्ज किया है। साथ ही मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि क्लेमेंट ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किया है/अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

तृतीय पक्ष का नाम:		यहां हस्ताक्षर करें
पता:		
संपर्क विवरण:		
तिथि:	D D M M Y Y Y Y	स्थान:
		तृतीय पक्ष का हस्ताक्षर

HDFC स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड. IRDAI रजिस्ट्रेशन नं. 101.
पंजीकृत कार्यालय: 13वीं मंजिल, लोढा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुम्बई - 400 011. CIN:L65110MH2000PLC128245.

कस्टमर एक्नॉलेजमेंट कॉपी-इंडिविजुअल डेथ क्लेम फॉर्म

पॉलिसी नं	क्लेमेंट का नाम
शाखा का नाम/इंटरैशन आईडी	तिथि D D M M Y Y Y Y
र्मचारी का नाम	कर्मचारी कोड
कर्मचारी का हस्ताक्षर	Branch Stamp

जमा दस्तावेज

<input type="checkbox"/> मूल पॉलि सी प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/> बीमित व्यक्ति का कर्मचारी प्रमाणपत्र
<input type="checkbox"/> क्लेमेंट का आधार	<input type="checkbox"/> पैन
<input type="checkbox"/> बीमित व्यक्ति का आधार	<input type="checkbox"/> पैन
<input type="checkbox"/> फर्स्ट इंफॉर्मेशन रिपोर्ट (FIR)	<input type="checkbox"/> कैंसल्ड चेक
<input type="checkbox"/> पंचनामा	<input type="checkbox"/> आवासीय पता प्रमाण
<input type="checkbox"/> अंतिम रिपोर्ट	<input type="checkbox"/> पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट (PMR)
<input type="checkbox"/> संपूर्ण मेडिकल रिकॉर्ड	<input type="checkbox"/> क्लेमेंट का फोटो
<input type="checkbox"/> मृत्यु का मेडिकल कारण प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/> ब्युरियल या क्रिमेशन स्लिप
	<input type="checkbox"/> अन्य

अस्वीकरण: HDFC स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस कंपनी के पास, आवश्यक होने पर, अधिक जानकारी/दस्तावेज लेने का अधिकार सुरक्षित है।

HDFC स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड ("HDFC Life"). IRDAI रजिस्ट्रेशन नं. 101.
पंजीकृत कार्यालय: 13वीं मंजिल, लोढा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुम्बई - 400 011.
कॉल 1860-267-9999 (स्थानीय शुल्क लागू)। नंबर से पहले देश कोड न लगाएं जैसे +91 या 00. सोमवार-शनिवार 10 am से 7 pm तक उपलब्ध | ईमेल - service@hdfclife.com | NRIservice@hdfclife.com (केवल NRI ग्राहकों के लिए) देखें - www.hdfclife.com. CIN: L65110MH2000PLC128245