

# ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮರಣ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ

## ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

ಶಾಖೆ ಹೆಸರು:  ಶಾಖೆ ಕೋಡ್:

ಸಂವಹನ ಐಡಿ:

ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು:

ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್:  ಸಹಿ:

ದಿನಾಂಕ:

ಸಮಯ:  3 ಪಿಎಂ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಒಂದು  
 3 ಪಿಎಂ ನಂತರ



ನಿಮ್ಮ ನಷ್ಟಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ವಿಷಾದವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಿ. ಇದು ನಿಮಗೆ ಕಷ್ಟಕರ ಸಮಯ ಎಂಬುದು ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ನಿಮಗೆ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದು ನಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲು ಈ ಮರಣ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಲಿದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡಿ, ಸೂಕ್ತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೇಮ್‌ಅನ್ನು ಶೀಘ್ರದಲ್ಲಿ ಇತ್ಯರ್ಥ ಮಾಡಲು ನಮಗೆ ಸಹಾಯವಾಗುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ.

### ಮಹತ್ವದ ಮಾಹಿತಿ

- ನಮೂನೆಯನ್ನು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರೇ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರು ಅಪ್ರಾಪ್ತರಾಗಿದ್ದರೆ, ನಮೂನೆಯನ್ನು ಪೋಷಕರು/ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬಹುದು.
- ಹಲವು ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್‌ಅನ್ನು ಒಂದೇ ನಮೂನೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಎಲ್ಲ ಅನ್ವಯಿಕ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನೂ ನೀಡಿ ನೋಂದಾಯಿಸಬಹುದು.
- ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರು ಇದ್ದರೆ, ಪ್ರತಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರಿಗೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.
- ಘೋಷಣೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್‌ಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವಂತೆಯೇ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿ.
- ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲ ಪುಟಗಳಲ್ಲೂ ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರು ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.
- ಪಾಲಿಸಿಯ ಎಲ್ಲ ಷರತ್ತು ಮತ್ತು ನಿಯಮಾವಳಿಗಳ ಪೂರೈಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಈ ಕ್ಲೇಮ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮಾಡಲು ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕ ಅಥವಾ ಕಮಿಷನ್‌ಅನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಬಾರದು.
- ಆಸ್ಪೆರೆಸ್ಕ್ (\* ) ಎಂದರೆ ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಹಿತಿ ಎಂದರ್ಥ.

ಪಿಂಚಣಿ ಕ್ಲೇಮ್- ವಿಭಾಗ ಎ, ಬಿ, ಇ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು; ಮರಣ ಕ್ಲೇಮ್ (ಅಪಘಾತ ರಹಿತ) - ವಿಭಾಗ ಎ,ಬಿ,ಸಿ,ಇ;  
ಮರಣ ಕ್ಲೇಮ್ (ಅಪಘಾತ) - ಎಲ್ಲ ವಿಭಾಗಗಳನ್ನೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.

### ನಮೂನೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಪ್ರಮುಖ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು

ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನೂ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರು ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು.

#### ವಿಭಾಗ ಎ: ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್

- ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಅಕ್ಷರಗಳು ನಿಖರ ಮತ್ತು ಮಾನ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು.
- ನಿಮ್ಮ ವಿಳಾಸ, ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಪ್ರಸ್ತುತವಾದದ್ದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಇದರ ಮೂಲಕವೇ ಸಂವಹನ ನಡೆಯುತ್ತದೆ.
- ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮಾಡಲ್ಪಡುವ ಕ್ಲೇಮ್ ಪಾವತಿಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಲು ನಮಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತೆ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್/ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.
- ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆಯ ಭಾಷೆಯನ್ನಾಗಿ ಕೇವಲ ಒಂದು ಭಾಷೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ.

#### ವಿಭಾಗ ಬಿ: ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್‌ನ ವಿವರಗಳು

- ನೀವು "ಇತರ" ಎಂಬ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಂಡಾಗ, ನೀಡಲಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಣೆ ನೀಡಿ.
- ವಿನಮತಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಪೂರಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.

#### ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲು ವಿವರಗಳು

- ಎಲ್ಲ ಮೆಡಿಕಲ್ ವರದಿಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ನೀಡಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಕಾನೂನಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಆ ದಾಖಲೆ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡಲು ಅವರು ಅರ್ಹರಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ.
- ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಎಂದು ಇತರ ವಿಷಯ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವುದು ಕ್ಲೇಮ್ ಅಮಾನ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

#### ವಿಭಾಗ ಡಿ: ಅಪಘಾತ/ಕೊಲೆ/ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಮರಣದ ವಿವರಗಳು

- ಅಪಘಾತದ ವಿವರವಾದ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ.
- ಪಿಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಎಫ್‌ಐಆರ್‌ಅನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ/ಒದಗಿಸಿ, ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಇದು ಯಾಕೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ನೀಡಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿ.

#### ವಿಭಾಗ ಇ: ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಣ

- ನಿಗದಿತ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.
- ನಮ್ಮ ಸೇವೆಗೆ ಶ್ರೇಣಿ ನೀಡುವುದನ್ನು ಮರೆಯಬೇಡಿ.

ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರವನ್ನು ಕೈಯಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಿ ಮತ್ತು ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಕೇಳಿದಾಗ ಅದನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

### ಮಾನ್ಯ ಗುರುತು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ ದಾಖಲೆಯ ಪಟ್ಟಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಾಖಲೆಯ ಎದುರು ಗುರುತು ಮಾಡಿ)

ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ (ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು)	ವಿಳಾಸ ದಾಖಲೆ (ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು)
<input type="checkbox"/> ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್
<input type="checkbox"/> ಮಾನ್ಯ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್	<input type="checkbox"/> ಮಾನ್ಯ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್
<input type="checkbox"/> ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್
<input type="checkbox"/> ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> ಮಾನ್ಯವಾದ ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್
<input type="checkbox"/> ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್	<input type="checkbox"/> ಮಾನ್ಯವಾದ ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್
<input type="checkbox"/> ಮಾನ್ಯವಾದ ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್	<input type="checkbox"/> ಯುಟಿಲಿಟಿ ಬಿಲ್ (ವಿದ್ಯುತ್/ಫೋನ್ ಬಿಲ್) 6 ತಿಂಗಳುಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಅವಧಿಯದ್ದು
<input type="checkbox"/> ಸ್ಟಾಂಪ್ ಮಾಡಿರುವ ಫೋಟೋದೊಂದಿಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಪಾಸ್‌ಬುಕ್	<input type="checkbox"/> ಸ್ಟಾಂಪ್ ಮಾಡಿರುವ ಫೋಟೋದೊಂದಿಗೆ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಪಾಸ್‌ಬುಕ್
<input type="checkbox"/> ಕೇಂದ್ರ / ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿತರಿಸಿದ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್	

### ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು

ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು	ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು
ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆ	ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲು/ಸಾವು
ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ನೀಡಿದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಪ್ರತಿ	ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣದ ಪ್ರತಿ
ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಪಾನ್ ವಿವರಗಳು	ಈ ಹಿಂದೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಎಲ್ಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು (ಅಡ್ವಿಶನ್ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು, ಹಿಸ್ಟರಿ/ಪ್ರಗತಿ ಹಾಳೆ, ಬಿಡುಗಡೆ/ ಮರಣ ಸಾರಾಂಶ, ಪರೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ)
ಪಾಲಿಸಿದಾರ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಪಾನ್ ವಿವರಗಳು	ಅಪಘಾತ ಮರಣ
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಾಡಿದ ಚೆಕ್, ದಹನ/ಸಮಾಧಿ ಸ್ಥಿಪ್ತಿ, ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ನೌಕರರಾಗಿದ್ದರೆ	ಪ್ರಥಮ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ (ಎಫ್‌ಐಆರ್) ಪ್ರತಿ, ಪಂಚನಾಮೆ/ಇನ್‌ಕ್ವೆಸ್ಟ್ ವರದಿ, ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿ (ಪಿಎಂಆರ್), ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್, ಪೊಲೀಸರ ಅಂತಿಮ ವರದಿ, ಕರುಳು ವರದಿ, ಅನ್ವಯಿಸುವಂತಿದ್ದರೆ ಸುದ್ದಿ ಪತ್ರಿಕೆ ಕಟಿಂಗ್(ಗಳು), ಇತರ ಯಾವುದಾದರೂ ಅನ್ವಯಿಸುವಂತಿದ್ದರೆ

ಹಕ್ಕುಹೇಳಿಕೆ: ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಸಹಿ

**ವಿಭಾಗ ಎ\***

**ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು**

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ: ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್ ಉದ್ಯೋಗಿ ಪಾಲಿಸಿ ಏಜೆಂಟ್ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ

ಈ ಮೇಲೆ ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್ ಉದ್ಯೋಗಿ ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಅವರ ವಿವರಗಳು

ಸಂಬಂಧಿಗಳು/ ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು: ಶ್ರೀ. \_\_\_\_\_ F I R S T \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_

ಸಂಪರ್ಕ: \_\_\_\_\_ M O B I L E \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಇತ್ತೀಚಿನ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಗಾತ್ರದ ಫೋಟೋ ಲಗತ್ತಿಸಿ

**ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ವಿವರಗಳು**

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು: ಶ್ರೀ. \_\_\_\_\_ ಶ್ರೀಮತಿ. \_\_\_\_\_ F I R S T \_\_\_\_\_ L A S T \_\_\_\_\_

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ D D \_\_\_\_\_ M M \_\_\_\_\_ Y Y \_\_\_\_\_ Y Y \_\_\_\_\_

ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

ಪಿನ್‌ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_

ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ.: \_\_\_\_\_ O F F I C E \_\_\_\_\_ R E S I D E N C Y \_\_\_\_\_ M O B I L E \_\_\_\_\_

ಕಚೇರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_

ಉದ್ಯೋಗ ವಿವರಗಳು: \_\_\_\_\_ ಸೇವೆ \_\_\_\_\_ ವಹಿವಾಟು \_\_\_\_\_ ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ \_\_\_\_\_ ಗೃಹಿಣಿ \_\_\_\_\_ ಇತರೆ \_\_\_\_\_

ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ): \_\_\_\_\_ 20,000 ವರೆಗೆ \_\_\_\_\_ 20,001-50,000 \_\_\_\_\_ 50,001-1,00,000 \_\_\_\_\_ >1,00,000 \_\_\_\_\_

ಲೈಫ್ ಅಶೂರ್ಟ್ ಜತೆಗೆ ಸಂಬಂಧ: \_\_\_\_\_ ಬಾಳಸಂಗಾತಿ \_\_\_\_\_ ಮಕ್ಕಳು \_\_\_\_\_ ಪಾಲಕರು \_\_\_\_\_ ಇತರರು \_\_\_\_\_ S P E C I F Y \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಶೀರ್ಷಿಕೆ: \_\_\_\_\_ ನಾಮಿನಿ \_\_\_\_\_ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವವರು \_\_\_\_\_ ಟ್ರಸ್ಟೀ \_\_\_\_\_ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರು \_\_\_\_\_ ಉದ್ಯೋಗದಾತರು \_\_\_\_\_ ನಿಯೋಜಿತ \_\_\_\_\_ ಫಲಾನುಭವಿ \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಆಧಾರ್ ಪ್ಯಾನ್: \_\_\_\_\_ ಆಧಾರ್ \_\_\_\_\_ ನಮೂನೆ 60 \_\_\_\_\_ ನಮೂನೆ 61 \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಆಧಾರ್ ಸಂ.: \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರು ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಸಕ್ರಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ (ಪಿಇಪಿ)? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ \_\_\_\_\_

ಆಧ್ಯತೆಯ ಸಂವಹನ ವಿಧಾನ: \_\_\_\_\_ ಇಮೇಲ್ \_\_\_\_\_ ಭೌತಿಕ ಪತ್ರಗಳು (ಇಮೇಲ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ಭೌತಿಕ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ)

ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಆಧ್ಯತೆಯ ಭಾಷೆಯನ್ನು \_\_\_\_\_ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ \_\_\_\_\_ ಹಿಂದಿ \_\_\_\_\_ ತಮಿಳು \_\_\_\_\_ ತೆಲುಗು \_\_\_\_\_ ಮಲಯಾಳಂ \_\_\_\_\_ ಕನ್ನಡ \_\_\_\_\_ ಗುಜರಾತಿ \_\_\_\_\_

ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ: \_\_\_\_\_ ಮರಾಠಿ \_\_\_\_\_ ಬೆಂಗಾಲಿ \_\_\_\_\_ ಪಂಜಾಬಿ \_\_\_\_\_ ಉರ್ದು \_\_\_\_\_ ಅಸ್ಸಾಮಿ \_\_\_\_\_ ಒಡಿಯಾ \_\_\_\_\_

**ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್/ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು**

ಮಕ್ಕಳ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದ್ದು, ಫಲಾನುಭವಿಯು ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ, ಫಲಾನುಭವಿಯ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೀಡಿ.

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂ.: \_\_\_\_\_

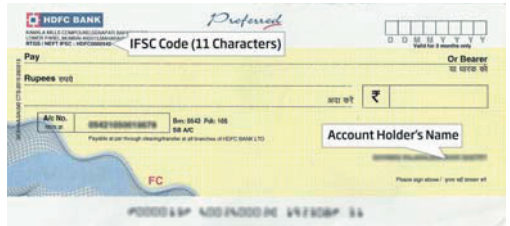
ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಶಾಖೆ: \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ವಿಧ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಚಾಲ್ತಿ \_\_\_\_\_ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ \_\_\_\_\_ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ \_\_\_\_\_

\*ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯಿಂದ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳು): \_\_\_\_\_ \*\* ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯಿಂದ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ಅನುಪಾತ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳು): \_\_\_\_\_

ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ: \_\_\_\_\_ ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್ ಮೇಲೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ 11 ಅಕ್ಷರದ ಕೋಡ್



**ಟಿಪ್ಪಣಿ:**

- ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಜತೆಗೆ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ವೈಯಕ್ತಿಕರಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಜತೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಚೆಕ್ ವೈಯಕ್ತಿಕರಿಸಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಜತೆಗೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು (ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ನಮೂದಿಸಿದ) ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
  - ಈ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ, ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್‌ನಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್ ಈ ಹಿಂದೆ ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್‌ಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ.
  - ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ವೈಫಲ್ಯ ಅಥವಾ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಬಾಕಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ, ಹೊಸ ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರೆಗೂ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
- \*ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳು) ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯ ರಿಫಂಡ್ (ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಅನುಪಾತ) ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳಿಗೆ) ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಅಥವಾ ಬ್ಯಾಂಕ್ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.
- \*\* ಅನುಪಾತ ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಎರಡು ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಸಲ್ಲಿಸಿ. ಅಂದರೆ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಗೆ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಅಲ್ಲದ ಖಾತೆಗೆ.

**ಘೋಷಣೆ:**

1. ಈ ಮೇಲೆ ನಾನು/ನಾವು ನೀಡಿದ ಅಂಶಗಳು ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ. ತಪ್ಪಾದ ಅಥವಾ ಅಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ವಹಿವಾಟು ವಿಳಂಬವಾದರೆ ಅಥವಾ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ("ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್") ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸಹಭಾಗಿಗಳು/ಏಜೆಂಟ್‌ಗಳನ್ನು ಜವಾಬ್ದಾರನ್ನಾಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಂದುವರಿದು, ಈ ಮೇಲೆ ನೀಡಿದ ಮಾಹಿತಿಯಲ್ಲಿನ ತಪ್ಪಿನಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಹಾನಿಗೆ ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್‌ಅನ್ನು ನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ರಕ್ಷಣೆ ಒದಗಿಸುತ್ತೇವೆ.
2. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜಮಾ ಮಾಡಲಾದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್ ಬೇಡಿಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಿ ಅಥವಾ ಸಲ್ಲಿಸದಿರಲಿ ರಿಫಂಡ್ ಮಾಡಲು ನಾನು/ನಾವು ಒಪ್ಪುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ D D \_\_\_\_\_ M M \_\_\_\_\_ Y Y \_\_\_\_\_ Y Y \_\_\_\_\_

ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

---

ಖಾತೆದಾರರ ಸಹಿ

ವಿಭಾಗ ಬಿ\*

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ವಿವರಗಳು (ಎಲ್ಎ)

ಲೈಫ್ ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು: ಶ್ರೀ. ತ್ರೀಮತಿ. F I R S T L A S T  
 ತಂದೆಯ ಹೆಸರು: F I R S T L A S T  
 ಎಲ್ಎ ಪ್ಯಾನ್ ಮತ್ತು ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ: ಪ್ಯಾನ್ ಆಧಾರ್  
 ಮರಣದ ದಿನಾಂಕ: DD MM YY ಮರಣ ವಯಸ್ಸು: ಮರಣದ ಸಮಯ: H H : M M : S S  
 ಮರಣದ ಸ್ಥಳ: ಸ್ಥಳ: ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳ ಮನೆ ಇತರೆ S P E C I F Y  
 ಮರಣ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ 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  
 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದರೆ, ರಾಯಭಾರ ಕಚೇರಿಯಿಂದ ದೇಹ ವರ್ಗಾವಣೆ ಅನುಮತಿ/ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ: ಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ  
 ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಯಾಕೆ?

ಸಮಾಧಿ ಅಥವಾ ದಹನ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ/ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ  
 ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಯಾಕೆ?

ಸಮಾಧಿ/ದಹನ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ 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  
 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ಮರಣದ ರೀತಿ: ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಪಘಾತ ಕೊಲೆ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ  
 ಮರಣದ ತಕ್ಷಣದ ಕಾರಣ:  
 ಮರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು:

ಮರಣ/ದಹನ/ಸಮಾಧಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿರುವ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:  
 1ನೇ ಹೆಸರು: F I R S T L A S T  
 ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು: O F F I C E M O B I L E  
 2ನೇ ಹೆಸರು: F I R S T L A S T  
 ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು: O F F I C E M O B I L E

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು

ಉದ್ಯೋಗ ವಿವರಗಳು: ಸೇವೆ ವಹಿವಾಟು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ಗೃಹಿಣಿ ಇತರೆ: S P E C I F Y  
 ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ 20,000 ವರೆಗೆ 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000  
 ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು:  
 ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳ/ಉದ್ಯೋಗ/ವಹಿವಾಟು ವಿಳಾಸ 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  
 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:  
 ಕೊನೆಯ ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳ/ಉದ್ಯೋಗ/ವಹಿವಾಟು:  
 ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು: N A M E M O B I L E  
 ಕೊನೆಯ ಕೆಲಸದ ದಿನ: D D M M Y Y Y Y

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ  
 \_\_\_\_\_

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಸಹಿ

ವಿಭಾಗ ಬಿ

ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲು ವಿವರಗಳು

ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ/ಪತ್ರ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆಯೇ ಹೈಪರ್‌ಟೆನ್ಷನ್ ಡಯಾಬಿಟೀಸ್ ಹೃದಯ ರೋಗ ಕರುಳು ರೋಗ ಕಿಡ್ನಿ ರೋಗ /ಈ ಮುಂದಿನ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇತರೆ S P E C I F Y

ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ರೋಗ/ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪತ್ರ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ D D M M Y Y Y Y

ನಿಮ್ಮ ತಕ್ಷಣದ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು ಇದೇ ರೀತಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಹೌದಾದರೆ, ಇದು ಅರಂಭದಲ್ಲಿ ಪತ್ರೆಯಾಗಿದ್ದು ಯಾವಾಗ ಎಂಬುದಾಗಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ:

ಹೊರರೋಗಿ ಅಥವಾ ಒಳರೋಗಿ ದಿನಾಂಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ವಿವರಗಳು

ದಾಖಲಾತಿ ವಿಧ: ತುರ್ತು ಯೋಜಿತ ಡೇ ಕೇರ್ ಮೆಟರ್ನಿಟಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ

ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲದಿದ್ದರೆ:

ಗಾಯದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲು: ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಹೌದಾದರೆ, ಕಾರಣ ನೀಡಿ: ಸ್ವಯಂ ಘಾತಿ ರಸ್ತೆ ಅಪಘಾತ ಮಾದಕ ವಸ್ತು ಬಳಕೆ

ಬಿಡುಗಡೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿತಿ: ಮನೆಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಇನ್ನೊಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮೃತ

ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣ: ಲಭ್ಯ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ ದಯವಿಟ್ಟು ಲಗತ್ತಿಸಿ/ಸೇರಿಸಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಕಾರಣ ಸೂಚಿಸಿ.

ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ ಇತಿಹಾಸ (ಪಾಲಿಸಿ ರಿಸ್ಕ್ ಅರಂಭ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಿಗೆ)

ಪಾಲಿಸಿ ಆರಂಭದಿಂದ 5 ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಪರ್ಕಿಸಲಾಗಿದೆ, ಎಲ್ಲ ವಿವರಗಳನ್ನೂ ನಮೂದಿಸಿರುವ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪುಟವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಲಗತ್ತಿಸಿ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹೆಸರು: F I R S T L A S T

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ: 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 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:

ಸಲಹೆ ದಿನಾಂಕಗಳು: D D M M Y Y Y Y

ಸಲಹೆ ಕಾರಣಗಳು:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿವರಗಳು

ಕೊನೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ವೈದ್ಯರು: F I R S T L A S T

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ: 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 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:

ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರು: F I R S T L A S T

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ: 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 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:

ಮರಣವನ್ನು ಘೋಷಿಸಿದ ವೈದ್ಯರು: F I R S T L A S T

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ: 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 ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:

O F F I C E M O B I L E

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

**ಜೀವನಶೈಲಿ ವಿವರಗಳು**

ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಕುಡಿಯುವ, ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ತಂಬಾಕು ಜಿಗಿಯುವ ಹವ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

<input type="checkbox"/> ಬೀರ್	<input type="checkbox"/> ವಿಸ್ಕಿ	<input type="checkbox"/> ವೈನ್	<input type="checkbox"/> ಇತರೆ:	<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"/>	<input type="checkbox"/>	ಪ್ರತಿ ದಿನ ಮಿ.ಲೀ/ಬಾಟಲ್	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ಸಿಗರೇಟ್‌ಗಳು	<input type="checkbox"/> ಬೀಡಿ	<input type="checkbox"/> ತಂಬಾಕು	<input type="checkbox"/> ಗುಟ್ಟಾ	<input type="checkbox"/> ಇತರೆ:	<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"/>	ನಿತ್ಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಥವಾ ಪ್ರತಿ ದಿನ ವಾಟ್‌ಗಳು	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಮಾಡಕ ದ್ರವ್ಯ ಸೇವನೆ ಹವ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ: ಡ್ರಗ್ಸ್ ಹೆಸರು			<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"/>	ಬಳಸಿದ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ಇತರೆ ಮಾಡಕ ದ್ರವ್ಯ ಚಟಗಳು, ಇದ್ದರೆ:			<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"/>	ಡೋಸ್ ಬಳಕೆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಇತರ ವಿಮೆ/ಮೆಡಿಕ್ಲೇಮ್ ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು**

ಪಾಲಿಸಿ ನಂ.	ವಿಮೆ ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು	ಬೇಸಿಕ್ ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ (ಎನ್ಎ)	ರಿಸ್ಕ್ ಆರಂಭ ದಿನಾಂಕ (ಆರ್‌ಸಿಡಿ)	ಕ್ಲೇಮ್ ಸ್ಟೇಟಸ್ ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ಬಾಕ್ಸ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ						
				ಕ್ಲೇಮ್ಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದು	ಕ್ಲೇಮ್ಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದು	ಬಾಗಲ: ಕ್ಲೇಮ್ ಮೊತ್ತ ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದು	ಕ್ಲೇಮ್ ವಿರುದ್ಧ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಕಾನೂನು ಮೇಲ್ಮನವಿ	ಸಂಪೂರ್ಣ ಕ್ಲೇಮ್ ಮೊತ್ತ ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದು	ಕ್ಲೇಮ್ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿಲ್ಲದಿರುವುದು	
<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"/>

ಇತರ ವಿಮೆದಾರರಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸದಿದ್ದರೆ, ಯಾಕೆ?

**ವಿಭಾಗ ಡಿ**

ಅಪಘಾತ/ಕೊಲೆ/ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಯಿಂದಾಗಿ ಮರಣ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರೆ

ಪೊಲೀಸ್ ಸ್ಟೇಷನ್‌ನ ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು

ಎಫ್‌ಐಆರ್/ಕೇಸ್ ಡೈರಿ ನೋಂದಾಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವಲ್ಲಿ:

ನೋಂದಾಯಿಸಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಕಾರಣ ಹೇಳಿ:

ಪೋಸ್ಟ್ ಮಾರ್ಟಮ್ ಮಾಡಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿವರಗಳು

ಪೋಸ್ಟ್ ಮಾರ್ಟಮ್ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ/ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  ಲಗತ್ತಿಸಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವನ್ನು ನೀಡಿ

ಘಟನೆ ಹೇಗೆ ನಡೆಯಿತು ಎಂಬುದರ ವಿವರ  ರೈಲು  ರಸ್ತೆ  ವಾಯು  ಇತರೆ  S  P  E  C  I  F  Y

ಒಳಗೊಂಡ ಪಕ್ಷಗಳ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಅಪಘಾತದ ಸ್ಥಳ

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಸಹಿ

ವಿಭಾಗ ಇ\*

**ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಣ**

- ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಈ ಮೇಲೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ/ನೀಡಿದ ಎಲ್ಲ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಸರಿಯಾಗಿದೆ.
- ಎಲ್ಲ ಗೌರವದಲ್ಲೂ ಈ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಅಥವಾ ನಿಜವಲ್ಲದ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಅಥವಾ ನೀಡಿದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ವಾಸ್ತವವನ್ನು ಹತ್ತಿಕ್ಕಿದರೆ ಅಥವಾ ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟರೆ, ಈ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಮರುಬಟವಾಡೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವ ನನ್ನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ.
- ಈ ನಮೂನೆಯ ಸಲ್ಲಿಕೆ ಮಾಡಿದಾಗಲೇ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲಾಗದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಸಿದ್ದೇನೆ.
- ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಕೊನೆಯ ನವೀಕೃತ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಯ ರಿಯಲ್‌ಟೈಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಎಚ್‌ಐಎ/ಎಡ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಸೇರಿದಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡತೀಯನ್ನು ಎಲ್‌ಎನ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಾಗೂ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಲ್ಯಾಬ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ), ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಪೊಲೀಸ್, ಕಂದಾಯ ಇತ್ಯಾದಿ) ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್‌ಗೆ ಒದಗಿಸಲು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಒಂದು ಫೋಟೋ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ವಿಮೆ ಪಾಲಿಸಿ, ರಿಸ್ಕ್ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ, ಕ್ಲೇಮ್ ಸೆಟಲ್‌ಮೆಂಟ್ ಇತ್ಯಾದಿ ಸೇವೆಗಾಗಿ ತನಿಖಾ ಏಜೆನ್ಸಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರ(ರುಗಳು)ನ್ನು ಬಳಸಿ ನನ್ನ ಮರು ವಿಮೆದಾರರು, ವಿಮೆ ಸಂಘಟನೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಇತರ ವಿಮೆದಾರರು, ಶಾಸನಾತ್ಮಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಉದ್ಯೋಗದಾತರು, ಕೋರ್ಸ್, ಸರ್ಕಾರಿ ಮಂಡಳಿ, ರೆಗ್ಯುಲೇಟರ್‌ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಪಡೆಯಲು ಹಾಗೂ ಇಂತಹ ಹಂಚಿಕೆಗೆ ನಿಗದಿತ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯದೇ ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್‌ಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ನಾನು ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:	D D M M Y Y Y Y	ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ	ದಿನಾಂಕ:	D D M M Y Y Y Y	ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ
ಸ್ಥಳ:			ಸ್ಥಳ:		
ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಸಹಿ/ ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು			ಸಾಕ್ಷಿ ಸಹಿ		
ಸಾಕ್ಷಿ ಹೆಸರು:	F I R S T		L A S T		
ವಿಳಾಸ:					
ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:	O F F I C E		M O B I L E		

**ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರು ತಮ್ಮ ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು ದಾಖಲಿಸಿದ್ದಾರೆ/ತಮ್ಮ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ/ ಅರ್ಜಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿಲ್ಲ**

ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ಅವರ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ಮತ್ತು ನನಗೆ ನೀಡಿದ ಉತ್ತರವನ್ನು ನಾನು  ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಎದುರು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರು ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ/ತನ್ನ ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಮುಂದುವರಿದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ತೃತೀಯ ಪಕ್ಷದ ಹೆಸರು:

ವಿಳಾಸ:

ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು:

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y ಸ್ಥಳ:

**ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ**

**ತೃತೀಯ ಪಕ್ಷದ ಸಹಿ**

ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಐಆರ್‌ಡಿಐಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂ. 101.  
 ನೋಂದಣಿ ಕಚೇರಿ: 13ನೇ ಮಹಡಿ, ಲೋಧಾ ಎಕ್ಸೆಲ್‌ಸ, ಅಪೊಲೊ ಮಿಲ್ಸ್ ಕಾಂಪೌಂಡ್, ಎನ್.ಎಂ. ಜೋಶಿ ಮಾರ್ಗ್, ಮಹಾಲಕ್ಷ್ಮಿ, ಮುಂಬೈ- 400 011. ಸಿಬಿಎನ್: L65110MH2000PLC128245.

**ಗ್ರಾಹಕ ರಸೀದಿ ಪ್ರತಿ-ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮರಣ ಕ್ಲೇಮ್ ನಮೂನೆ**

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.	ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು	
ಶಾಖೆ ಹೆಸರು/ ಸಂವಾದ ಐಡಿ	ದಿನಾಂಕ	D D M M Y Y Y Y
ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು	ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್	
ಉದ್ಯೋಗಿ ಸಹಿ	ಶಾಖೆ ಸ್ಟಾಂಪ್	

**ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಾಖಲೆ**

<input type="checkbox"/> ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಉದ್ಯೋಗ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ	<input type="checkbox"/> ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಉದ್ಯೋಗ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
<input type="checkbox"/> ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಆಧಾರ್	<input type="checkbox"/> ಪ್ಯಾನ್
<input type="checkbox"/> ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ ಆಧಾರ್	<input type="checkbox"/> ಪ್ಯಾನ್
<input type="checkbox"/> ಪ್ರಥಮ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ (ಎಫ್‌ಐಆರ್)	<input type="checkbox"/> ನಿವಾಸ ವಿಳಾಸ ದಾಖಲೆ
<input type="checkbox"/> ಪಂಚನಾಮೆ	<input type="checkbox"/> ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿ (ಪಿಎಂಆರ್)
<input type="checkbox"/> ಅಂತಿಮ ವರದಿ	<input type="checkbox"/> ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಫೋಟೋ
<input type="checkbox"/> ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು	<input type="checkbox"/> ಸಮಾಧಿ ಅಥವಾ ದಹನ ಸ್ಲಿಪ್
<input type="checkbox"/> ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣ	<input type="checkbox"/> ಇತರೆ

ಹಕ್ಕುಹೇಳಿಕೆ: ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾಹಿತಿ/ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯು ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದೆ.

ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಸ್ಟಾಂಡರ್ಡ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ("ಎಚ್‌ಡಿಎಫ್‌ಸಿ ಲೈಫ್") ಐಆರ್‌ಡಿಐಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.101  
 ನೋಂದಣಿ ಕಚೇರಿ: 13ನೇ ಮಹಡಿ, ಲೋಧಾ ಎಕ್ಸೆಲ್‌ಸ, ಅಪೊಲೊ ಮಿಲ್ಸ್ ಕಾಂಪೌಂಡ್, ಎನ್.ಎಂ. ಜೋಶಿ ಮಾರ್ಗ್, ಮಹಾಲಕ್ಷ್ಮಿ, ಮುಂಬೈ- 400 011.  
 ಕರೆ ಮಾಡಿ 1860-267-9999 (ಸ್ಥಳೀಯ ಶುಲ್ಕ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ). ಯಾವುದೇ ದೇಶದ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಅಂದರೆ +91 ಅಥವಾ 00 ಎಂದು ನಮೂದಿಸಬೇಡಿ. ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದವರೆಗೆ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 10 ರಿಂದ ಸಂಜೆ 7ರ ವರೆಗೆ ಲಭ್ಯ. |  
 ಇಮೇಲ್ - service@hdfclife.com |  
 NRIservice@hdfclife.com (ಎನ್‌ಆರ್‌ಐ ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಮಾತ್ರ) ಭೇಟಿ ನೀಡಿ - www.hdfclife.com. ಸಿಬಿಎನ್: L65110MH2000PLC128245.