

वैयक्तिक  
मृत्यू दावा  
फॉर्म

## केवळ कार्यालयीन वापरकरिता

शाखेचे नाव:  शाखेचा कोड:

संदर्भ ID:

कर्मचाऱ्याचे नाव:

कर्मचाऱ्याचा कोड:  स्वाक्षरी:

दिनांक:      वेळ:  दुपारी 3 किंवा तत्पूर्वी  
 दुपारी 3 नंतर

आम्ही तुमच्या दुःखात सहभागी आहोत. हा तुमच्यासाठी अत्यंत कठीण काळ आहे याची आम्हाला पूर्ण कल्पना असून अशा वेळी आमच्याकडून तुम्हाला शक्य तितके चांगले सहकार्य करणे, ही आम्ही आमची जबाबदारी समजतो. या मृत्यूच्या दाव्याच्या फॉर्ममुळे तुमचा दावा सहजपणे दाखल होण्यास मदत होईल. कृपया हा फॉर्म योग्यरीतीने भरा आणि आवश्यक कागदपत्रांसोबत स्वाक्षरी करून त्वरित तुमच्या दाव्याचे निराकरण करण्यासाठी खालील सूचनांचे अनुसरण करा.

## महत्वाची माहिती

- हा फॉर्म केवळ दावेदार व्यक्तीने भरणे आवश्यक आहे. दावेदार अल्पवयीन असल्यास पालक / नियुक्त व्यक्ती अर्ज भरू शकतात.
- एकाधिक पॉलिसीअंतर्गत येणारे दावे एकच फॉर्म भरून आणि लागू होणारे पॉलिसी क्रमांक देऊन नोंदणीकृत केले जाऊ शकतात.
- एकाधिक दावेदार असल्यास प्रत्येक दावेदाराने स्वतंत्र फॉर्म भरून देणे आवश्यक आहे.
- कृपया जाहीर केलेली माहिती काळजीपूर्वक वाचा आणि तुम्ही तुमच्या चेकवर सर्वसामान्यपणे जशी स्वाक्षरी करता तशीच फॉर्मवर करा.
- दावेदाराने दाव्याच्या सर्व पृष्ठांवर स्वाक्षरी करणे आवश्यक आहे.
- पॉलिसीच्या सर्व अटी आणि नियमांच्या पूर्ततेनुसार दाव्याची रक्कम दिली जाते.
- या दाव्याच्या प्रक्रियेसाठी कोणतीही फी अथवा कमिशन देण्याची आवश्यकता नाही.
- आवश्यक माहिती तारांकन (\*) चिन्हाने संदर्भित केली आहे.

निवृत्तीवेतनाचे दावे - भाग ए, बी, ई भरण्यासाठी अनिवार्य; मृत्यूचा दावा (अपघाताखेरीज) - विभाग ए, बी, सी, ई;

मृत्यूचा दावा (अपघाती) - सर्व विभाग भरणे अनिवार्य आहेत.

## फॉर्म भरण्यासाठी महत्वाची मार्गदर्शक तत्त्वे

## दावेदाराने दाव्यामधील सर्व रकाने ब्लॉक लेटर्समध्ये भरणे आवश्यक आहे.

## "अ" विभाग: दावेदाराचा तपशील आणि NEFT मॅन्डेट

- पॉलिसी क्रमांक आणि अक्षरे सुस्पष्ट आणि सुवाच्य अक्षरामध्ये लिहिणे आवश्यक आहे.
- तुमचा पत्ता, फोन क्रमांक आणि ई-मेल ID चालू स्थितीमध्ये आणि सक्रिय असल्याची खात्री करून घ्या कारण पुढील व्यवहार केवळ त्याद्वारेच केले जातील.
- कृपया पॉलिसीच्या अटी व नियमांनुसार दावा देण्यासंबंधीच्या संपूर्ण दाव्याच्या रकमेचा थेट तुमच्या खात्यामध्ये हस्तांतरित करण्यासाठी NEFT फॉर्म पूर्णपणे भरा आणि रद्द केलेला चेक / बँक खाते पासबुकची प्रत जोडा.
- व्यवहारासाठी एकच प्राधान्यकृत भाषा निवडा.

## "ब" विभाग: विमित व्यक्तीचा तपशील

- ज्या ठिकाणी तुम्ही "इतर" पर्याय निवडता त्यासाठी दिलेल्या जागेमध्ये तपशील निर्दिष्ट करा.
- विनंतीनुसार आवश्यक कागदपत्रे प्रदान करा.

## "क" विभाग: विमित व्यक्तीचा हॉस्पिटलायझेशन तपशील

- सर्व मेडिकल रिपोर्ट्ससाठी उपस्थित डॉक्टरने दिलेली कागदपत्रे आणि प्रमाणपत्रांच्या बाबतीत, भारतीय कायद्यांनुसार असे कागदपत्र/प्रमाणन प्रदान करण्यासाठी त्याची/तिची पात्रता असल्याची खात्री करा.
- विमित व्यक्तीच्या अन्य इश्युरंस पॉलिसी उघड न केल्यास दावा अवैध ठरविला जाऊ शकतो.

## "ड" विभाग: अपघात/खून /आत्महत्या झाल्यामुळे मृत्यूचा तपशील

- अपघाताचा तपशीलवार अहवाल द्या.
- PMR आणि FIR जोडा/संलग्न करा, अन्यथा ते का उपलब्ध नाही आहेत किंवा पुरविले नाही आहेत हे स्पष्टपणे नमूद करा.

## "इ" विभाग: घोषणापत्र आणि अधिकृतता

- निर्देशित ठिकाणी स्वाक्षरी आणि संपर्क तपशील प्रदान करा.
- आमच्या सेवेला मूल्यांकन देण्यास विसरू नका.

पोचपावती सहज उपलब्ध होईल अशी ठेवा आणि जेव्हा HDFC लाइफचे प्रतिनिधी त्याविषयी विचारणा करतील तेव्हा त्यांना दाखवा.

## वैध ओळखपत्र आणि पत्त्याच्या पुराव्यांची सूची (कृपया सादर केलेला कागदपत्रावर खूप करा)

फोटो ओळख पुरावा (कोणतेही एक)	पत्त्याचा पुरावा (कोणतेही एक)
<input type="checkbox"/> आधार कार्ड	<input type="checkbox"/> आधार कार्ड
<input type="checkbox"/> वैध पासपोर्ट	<input type="checkbox"/> वैध पासपोर्ट
<input type="checkbox"/> मतदार ओळखपत्र	<input type="checkbox"/> मतदार ओळखपत्र
<input type="checkbox"/> पॅन कार्ड	<input type="checkbox"/> वैध वाहन चालक परवाना
<input type="checkbox"/> मुद्रांकित (स्टॅम्प) फोटोसह बँक पासबुक	<input type="checkbox"/> वैध वाहन चालक परवाना
<input type="checkbox"/> केंद्र/राज्य सरकारने कर्मचार्यांना जारी केलेले ओळखपत्र	<input type="checkbox"/> 6 महिन्यांच्या काळातील युटिलिटी बिल (वीज/ फोन बिल)
	<input type="checkbox"/> मुद्रांकित (स्टॅम्प) फोटोसह बँक पासबुक

## सादर करावयाची कागदपत्रे

आवश्यक कागदपत्रे	अतिरिक्त कागदपत्रे
मूळ पॉलिसीचे कागदपत्र	आजारपणामुळे केलेली हॉस्पिटलमधील भरती/मृत्यू
स्थानिक प्राधिकरणाने दिलेल्या मृत्यूच्या प्रमाणपत्राची प्रत	मृत्यू झाल्यास वैद्यकीय प्रमाणपत्राची प्रत
दावेदाराचे आधार कार्ड आणि पॅन तपशील	पूर्वी घेतलेल्या सर्व उपचारांची मेडिकल रेकॉर्ड्स (अॅडमिशन नोट्स, इतिहास/सुधारणा पत्रक, डिस्चार्ज/मृत्यूचा सारांश, टेस्ट रिपोर्ट्स इत्यादी)
विमित व्यक्तीचे आधार कार्ड आणि पॅन तपशील	अपघाती मृत्यू
जर विमित व्यक्ती पगारदार होती तर रद्द झालेला चेक, दहन/दफन केल्याची पावती, कर्मचारी प्रमाणपत्र	फर्स्ट इन्फोर्मेशन रिपोर्ट (एफ.आय.आर), पंचनामा/चौकशी अहवाल, पोस्टमार्टम रिपोर्ट (पी.एम.आर.), वाहन चालक परवाना, पोलिसांचा अंतिम रिपोर्ट, व्हिसारा रिपोर्ट, लागू असल्यास, वृत्तपत्रामधील बातमीचे (ची) कात्रण (णे) (उपलब्ध असल्यास), कोणतेही असल्यास, लागू असलेले इतर

अस्वीकरण: आवश्यक असल्यास, HDFC स्टॅंडर्ड लाइफ इन्शुरन्स कंपनी अधिक माहिती/कागदपत्रे मागविण्याचा अधिकार आरक्षित ठेवते.

येथे स्वाक्षरी करा

दावेदाराची स्वाक्षरी



## विमित व्यक्तीचा तपशील (LA)

विमित व्यक्तीचे नाव: श्री. श्रीमती. F I R S T L A S T

वडिलांचे नाव: F I R S T L A S T

LA चा आधार आणि पॅन: पॅन आधार

मृत्यूची तारीख: D D M M Y Y मृत्यूसमयीचे वय: Y Y M M मृत्यूची वेळ: H H : M M : S S

मृत्यूचे ठिकाण: स्थान: हॉस्पिटल कामाची जागा निवास इतर S P E C I F Y

मृत्यू झाल्याच्या ठिकाणाचा पत्ता 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:

भारताबाहेर मृत्यू झाल्यास दूतावासाची (कॉन्सुलेट) शव हस्तांतरणाची परवानगी/प्रमाणपत्र: उपलब्ध उपलब्ध नाही

उपलब्ध नसल्याचे कारण?

दहन किंवा दफन केल्याचे प्रमाणपत्र तदनुसार जोडलेले/संलग्न केलेले आहे का? होय नाही

उपलब्ध नसल्याचे कारण?

दहन किंवा दफन केलेल्या ठिकाणाचा पत्ता 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:

मृत्यूचे स्वरूप: वैद्यकीय अपघाती खून आत्महत्या

मृत्यूचे कारण:

मृत्यूसमयीची आसपासची परिस्थिती:

मृत्यूपश्चात दहन/दफन करतेवेळी उपस्थित असलेल्यांची नावे आणि संपर्क तपशील:

पहिले नाव: F I R S T L A S T

संपर्क तपशील: O F F I C E M O B I L E

दुसरे नाव: F I R S T L A S T

संपर्क तपशील: O F F I C E M O B I L E

## विमित व्यक्तीच्या रोजगाराचा तपशील

व्यवसायाचा तपशील: नोकरी व्यवसाय स्वयं-रोजगार गृहिणी इतर: S P E C I F Y

मासिक उत्पन्न(रुपये) जास्तीत जास्त 20,000 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000

मालकाचे नाव:

कामाचे ठिकाण/रोजगार/व्यवसायाचा पत्ता 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:

अंतिम कामकाजाचे ठिकाण/रोजगार/व्यवसाय:

मालकाचे संपर्क तपशील: N A M E M O B I L E

कामाचा शेवटचा दिवस: D D M M Y Y Y Y

येथे स्वाक्षरी करा

दावेदाराची स्वाक्षरी

क\* विभाग

विमित व्यक्तीचा हॉस्पिटलायझन तपशील

विमित व्यक्तीचे खालील आजारांचे निदान झाले होते/  
ज्यामुळे ती व्रस्त होती?

हायपरटन्शन

डायबेटिस

हृदय विकार

लिव्हरचे विकार

किडनीचे विकार

कॅन्सर

इतर

S P E C I F Y

विकार/आजारपणाचे सर्वात प्रथम निदान झाल्याची तारीख?

D D M M Y Y Y Y

तुमच्या कुटुंबातील एखादा सदस्य तशाच आजाराने व्रस्त आहे का?

होय

नाही

"होय" असल्यास सर्वप्रथम त्याचे निदान कधी झाले याची माहिती द्या:

आउटपेशंट किंवा इनपेशंट तारखांसह मिळालेल्या उपचाराचा तपशील

अॅडमिशनचा प्रकार:

तातडीचा

नियोजित

डे-केअर

मातृत्व

लागू नाही

कोणतीही शस्त्रक्रिया केली नसल्यास दिलेले उपचार:

इजा झाल्यामुळे हॉस्पिटलायझेशन:

होय

नाही

उत्तर "होय" असेल तर त्याचे कारण नमूद करा:

स्वतःचा निष्काळजीपणा

रहदारीमुळे झालेला अपघात

आमली पदार्थांचा दुरुपयोग

डिस्चार्जच्या वेळेला असलेली स्थिती:

घरी सोडण्यात आले

दुसऱ्या हॉस्पिटलमध्ये दाखल केले

मृत

मृत्यूच्या प्रमाणपत्राचे वैद्यकीय कारण:

उपलब्ध

अनुपलब्ध

जोडा/संलग्न करा. उपलब्ध नसल्यास कारण नमूद करा.

विमित व्यक्तीच्या वैद्यकीय सल्ल्याचा इतिहास (पॉलिसेची जोखीम सुरु झाल्याच्या तारखेपासून गेल्या 5 वर्षांसाठी)

पॉलिसेच्या RCD पासून गेल्या 5 वर्षांमध्ये झालेल्या एकापेक्षा अधिक डॉक्टरांशी संपर्क साधला असल्यास, सर्व तपशील दर्शविणारे स्वतंत्र पृष्ठ संलग्न करा.

डॉक्टरांचे नाव:

F I R S T

L A S T

हॉस्पिटलचा पत्ता:

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:

डॉक्टरांचा संपर्क तपशील:

सल्लामसलतीच्या तारखा:

D D M M Y Y Y Y

सल्लामसलतीचे कारण:

डॉक्टरांचा तपशील:

शेवटच्या आजारपणात उपचार देणारे डॉक्टर:

F I R S T

L A S T

हॉस्पिटलचा पत्ता:

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:

डॉक्टरांचा संपर्क तपशील:

O F F I C E

M O B I L E

फॅमिली डॉक्टर:

F I R S T

L A S T

हॉस्पिटलचा पत्ता:

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:

डॉक्टरांचा संपर्क तपशील:

O F F I C E

M O B I L E

मृत्यू घोषित करणारे डॉक्टर:

F I R S T

L A S T

हॉस्पिटलचा पत्ता:

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:

डॉक्टरांचा संपर्क तपशील:

O F F I C E

M O B I L E

येथे स्वाक्षरी करा

दावेदाराची स्वाक्षरी



**इ\* विभाग:****घोषणापत्र आणि अधिकृतता**

- मी ह्या अन्वये घोषित करतो/ते की उपरोल्लेखित भरलेला/प्रदान केलेला तपशील माझ्या माहितीनुसार आणि विश्वासानुसार खरा आहे.
- मी प्रत्येक बाबतीत पूर्वगामी विवरणांची सत्यता आणि अचूकतेची हमी देतो/ते आणि जर मी चुकीचे किंवा असत्य विधान केले असेल किंवा नमूद केले असेल किंवा कोणत्याही वास्तव गोष्टी दाबून किंवा लपवून ठेवल्या असतील तर उपरोक्त खर्चाची प्रतीपूर्ती करण्याचा हक्क मी पूर्णपणे गमावलेला आहे, हे मला मान्य आहे.
- हा फॉर्म सबमिट करणे याचा अर्थ पुढील प्रक्रियेला सुरुवात होणे असे नाही याची मला पूर्ण कल्पना असून मी त्याच्याशी सहमत आहे.
- पॉलिसीची कोणतीही रक्कम पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांनुसार देणे बंधनकारक आहे याची मला जाणीव आहे.
- कोणतीही देय रक्कम अंतिम नूतनीकरणाच्या वेळी भरलेल्या प्रीमियमच्या रकमेनुसार असेल.
- मी भूतपूर्व आणि वर्तमान काळातील HIV/AIDS आणि इतर LA संबंधित उपचारविषयक माहिती HDFC लाइफकडे उघड करण्यासाठी असलेल्या सर्व वैद्यकीय संस्था (वैद्यकीय प्रयोगशाळा समाविष्ट), शासकीय संस्था (पोलिस, महसूल इ.) यांना अधिकृत करण्याची परवानगी देतो.
- या घोषणेची एक फोटो प्रत वैध आणि प्रभावी मानली जाईल.
- मी HDFC लाइफला कुठल्याही रिझ्युअर, इन्शुरन्स असोसिएशन, वैद्यकीय अधिकारी, इतर विमा कंपनी, वैधानिक अधिकारी, कंपनीचा मालक, न्यायालय, सरकारी बॉडी, इन्व्हेस्टीगेशन एजन्सी वापरणारा नियामक किंवा सर्व्हिसिंग इन्शुरन्स पॉलिसी, अंडरराइटिंग जोखीम, दावे निकालात काढणारा/रे इतर सेवा पुरवठा(ठे)दार यांना मला माझ्या वतीने माहिती सामायिक आणि अधिकृत करण्याची परवानगी देतो/ते.

दिनांक:	D D M M Y Y Y Y	येथे स्वाक्षरी करा	तारीख:	D D M M Y Y Y Y	येथे स्वाक्षरी करा
ठिकाण:			ठिकाण:		
दावेदाराची स्वाक्षरी/अंगठ्याचा ठसा			साक्षीदाराची स्वाक्षरी		
साक्षीदाराचे नाव:	F I R S T		L A S T		
पत्ता:					
संपर्क तपशील:	O F F I C E		M O B I L E		

**दावेदाराने त्याचा/तिचा अंगठ्याच्या ठसा दिलेला आहे/स्थानिक भाषेमध्ये स्वाक्षरी केलेली आहे/ अर्ज भरलेला नाही**

मी याद्वारे जाहीर करतो/ते की मी दावेदाराला या अर्जामधील माहिती मॅखिक भाषेत समजावून सांगितली असून मला दिलेली उल्लेखित खरेपणाने रेकॉर्ड केली आहेत.मी पुढे जाहीर करतो/ते की दावेदाराने माझ्या उपस्थितीत त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा/स्वाक्षरी केलेली आहे.

तृतीय पक्षाचे नाव:		येथे स्वाक्षरी करा
पत्ता:		
संपर्क तपशील:		
दिनांक:	D D M M Y Y Y Y	ठिकाण:
		तृतीय पक्षाची स्वाक्षरी

**HDFC मानक लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड IRDAI नोंदणीकृत क्रमांक 101.**

नोंदणीकृत कार्यालय: तेरावा मजला, लोढा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 400 011 CIN:L65110MH2000PLC128245.

**ग्राहकच्या पावतीची प्रत-वैयक्तिक मृत्यूच्या दाव्याचा फॉर्म**

पॉलिसी क्र.	दावेदाराचे नाव	
शाखेचे नाव/संदर्भ ID:	तारीख	D D M M Y Y Y Y
कर्मचाऱ्याचे नाव	कर्मचाऱ्याचा कोड	
कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी		शाखेचा शिक्का

**सादर केलेली कागदपत्रे**

<input type="checkbox"/> मूळ पॉलिसीचे प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/> विमित व्यक्तीचे कर्मचारी प्रमाणपत्र
<input type="checkbox"/> दावेदाराचा आधार	<input type="checkbox"/> पॅन
<input type="checkbox"/> विमित व्यक्तीचा आधार	<input type="checkbox"/> पॅन
<input type="checkbox"/> फर्स्ट इन्फोर्मेशन रिपोर्ट (FIR)	<input type="checkbox"/> निवासी पत्त्याचा पुरावा
<input type="checkbox"/> पंचनामा	<input type="checkbox"/> पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट (PMR)
<input type="checkbox"/> अंतिम रिपोर्ट	<input type="checkbox"/> दावेदाराचा फोटो
<input type="checkbox"/> संपूर्ण मेडिकल रेकॉर्ड्स	<input type="checkbox"/> फन/दहन केल्याची पावती
<input type="checkbox"/> मृत्यूच्या प्रमाणपत्राचे वैद्यकीय कारण	<input type="checkbox"/> इतर

अस्वीकरण: आवश्यक असल्यास, HDFC स्टॅंडर्ड लाइफ इन्शुरन्स कंपनी अधिक माहिती/कागदपत्रे मागविण्याचा अधिकार आरक्षित ठेवते.

**HDFC मानक लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर क्र. 101.**

नोंदणीकृत कार्यालय: तेरावा मजला, लोढा एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई - 400 011

1860-267-9999 येथे कॉल करा (स्थानिक शुल्क लागू). कोणताही कॅट्री कोड लावू नका उदा. + 91 किंवा 00. सोम.ते शनि.सका.10 ते संध्या.7 पर्यंत उपलब्ध |ई-मेल - service@hdfclife.com |

NRIservice@hdfclife.com (केवळ NRI ग्राहकांसाठी) - www.hdfclife.com. येथे भेट द्या CIN: L65110MH2000PLC128245.