

تاریخ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> وقت: <input type="checkbox"/> دوپہر 3 بجے یا قبل <input type="checkbox"/> دوپہر 3 بجے کے بعد	صرف آفیشل استعمال کیلئے برانچ کا نام: <input type="text"/> تعامل کی شناخت: <input type="text"/> ملازم کا نام: <input type="text"/> ملازم کا کوڈ: <input type="text"/>	مطالبہ فارم برائے انفرادی وفات
---	---	---

آپ کے غیر یقینی نقصان کیلئے ہماری تعزیت قبول کریں۔ ہم جانتے ہیں کہ یہ آپ کی بہت ہی مشکل گھڑی ہے اور یہ ہماری ذمہ داری ہے کہ ضرورت کی اس گھڑی میں ہم آپ کو بہترین تعاون پیش کریں۔ مطالبہ فارم برائے وفات آپ کو باآسانی مطالبہ کرنے میں مدد کرے گا۔ براہ کرم اس فارم کو صحیح طریقے سے پُر کر اور دستخط کر کے مناسب دستاویزات کے ساتھ جمع کریں اور درج ذیل ہدایات کی پیروی کریں تاکہ ہمیں آپ کے مطالبے کو جلد از جلد پورا کرنے میں مدد ملے۔

اہم معلومات

- یہ فارم صرف دعویٰ دار کی طرف سے پُر کرنا ضروری ہے۔ اگر دعویٰ دار نابالغ ہے، تو سرپرست/مقرر کنندہ فارم پُر کر سکتا ہے۔
 - متعدد پالیسیوں کے مطالبے ایک ہی فارم میں پُر کر اور تمام قابل اطلاق پالیسی نمبرات فراہم کر کے رجسٹر کیے جاسکتے ہیں۔
 - ایک سے زائد دعویٰ دار ہونے کی صورت میں، ہر ایک دعویٰ دار کیلئے علیحدہ فارم پُر کرنے کی ضرورت ہوگی۔
 - براہ کرم اقرار نامہ دہیان سے پڑھ لیں اور مطالبہ کے فارم پر اس طرح دستخط کریں جیسے آپ عام طور پر اپنے چیک پر کرتے ہیں۔
 - دعویٰ دار کو اس مطالبہ فارم کے ہر صفحہ پر دستخط کرنا ہوگا۔
 - مطالبہ کی ادائیگی اس پالیسی کی تمام شرائط و ضوابط کے مکمل ہونے پر مشروط ہے۔
 - اس مطالبہ کی کارروائی کیلئے کسی کو بھی کوئی فیس یا کمیشن ادا کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
 - ستارے کے نشان (*) سے مراد لازمی معلومات ہیں۔
- پیشن کا مطالبہ - سیکشن A,B,E بھرنا لازمی ہے؛ وفات کا مطالبہ (غیر حادثاتی) - سیکشن A,B,C,E؛
 وفات کا مطالبہ (حادثاتی) - تمام لازمی سیکشن بھرنا ضروری ہے۔

فارم بھرنے کیلئے اہم ہدایات

مطالبہ فارم کی تمام جگہوں کو دعویٰ دار کے ذریعے بڑے حروف میں بھرنا ہوگا۔

سیکشن A: دعویٰ دار اور NEFT میٹڈ کی تفصیلات

- پالیسی نمبرز واضح اور پڑھنے کے قابل ہونے چاہیے۔
- یقینی بنائیں کہ آپ کا پتہ، فون نمبرات اور ای میل آئی ڈی حالیہ اور فعال ہوں چونکہ خط و کتابت اسی کے ذریعے ہوں گی۔
- براہ کرم NEFT فارم کو مکمل طور پر پھرین اور منسوخ کردہ چیک/بینک اکاؤنٹ کی پاس بک کی ایک کاپی منسلک کریں تاکہ ہم پالیسی کی شرائط و ضوابط کے تحت ادا کی جانے والی مطالبے کی رقم کو براہ راست آپ کے اکاؤنٹ میں منتقل کر سکیں۔
- براہ کرم مواصلت کیلئے بطور ترجیح کوئی ایک زبان منتخب کریں۔

سیکشن B: بیمہ شدہ فریق کی تفصیلات

- جہاں بھی آپ "دیگر" اختیار کا انتخاب کرتے ہیں، براہ کرم دی گئی جگہ میں وضاحت کریں۔
- جب بھی درکار ہو معاون دستاویزات فراہم کریں۔

سیکشن C: بیمہ شدہ فریق کی اسپتال کی تفصیلات

- علاج کرنے والے ڈاکٹر کی جاری کردہ تمام طبی رپورٹس، دستاویزات اور اسناد کیلئے، براہ کرم یقینی بنائیں کہ وہ ہندوستانی قوانین کے تحت ایسے دستاویز/اسناد فراہم کرنے کیلئے اہل ہے۔
- بیمہ شدہ فریق ثالث کی دیگر بیمہ پالیسیوں کو چھپانے سے مطالبہ کو کالعدم قرار دیا جاسکتا ہے۔

سیکشن D: وفات کی وجہ کی تفصیلات حادثہ/قتل/خودکشی

- حادثہ کی تفصیلی معلومات فراہم کریں۔
- PMR اور FIR منسلک/جوڑیں، بصورت دیگر واضح طور پر بیان کریں کہ یہ کیوں دستیاب نہیں ہے یا فراہم کی گئی۔

سیکشن E: اعلامیہ اور اجازت دہندگی

- مقررہ جگہ پر دستخط کریں اور رابطہ کی تفصیلات فراہم کریں۔
- ہماری خدمات کی درجہ بندی کرنا نہ ہوں۔

اعتراف کی سلیپ کو اپنے پاس تیار رکھیں اور HDFC کے نمائندوں کے مانگنے پر انہیں دکھائیں۔

مجاز شناختی اور رہائشی ثبوت کی فہرست (براہ کرم جمع کردہ دستاویز پر ٹک کریں)

رہائشی ثبوت (کوئی ایک)	تصویری شناختی ثبوت (کوئی ایک)
<input type="checkbox"/> آدھار کارڈ <input type="checkbox"/> مجاز پاس پورٹ <input type="checkbox"/> ووٹر آئی ڈی کارڈ	<input type="checkbox"/> آدھار کارڈ <input type="checkbox"/> مجاز پاس پورٹ <input type="checkbox"/> ووٹر آئی ڈی کارڈ <input type="checkbox"/> پین کارڈ <input type="checkbox"/> مجاز ڈرائیونگ لائسنس <input type="checkbox"/> مہر لگی ہوئی تصویر کے ساتھ بینک کی پاس بک <input type="checkbox"/> ملازمین کیلئے مرکزی / ریاستی حکومت کی طرف سے جاری کردہ آئی ڈی کارڈ

جمع کیے جانے والے دستاویزات

اضافی دستاویزات	لازمی دستاویزات
	پالیسی کی اصل دستاویز
	مقامی اتھارٹی سے جاری کردہ وفات کی سند کی کاپی
	دعویٰ دار کا آدھار کارڈ اور پین کارڈ کی تفصیلات
	بیمہ شدہ فریق کے آدھار کارڈ اور پین کارڈ کی تفصیلات
	منسوخ کردہ چیک، کریاکرم/تدفین کی سلیپ، ملازم کی سند اگر بیمہ شدہ فریق تنخواہ حاصل کرتا تھا تو اس صورت میں
	پہلی معلومات کی رپورٹ (FIR)، پنچنامہ/ تفتیش کی رپورٹ، پوسٹ مارٹم کی رپورٹ (PMR)، ڈرائیونگ لائسنس، پالیسی کی حتمی رپورٹ، پیٹ کے اعضاء کی رپورٹ، اگر قابل اطلاق ہو، اخبار کا کٹا ہوا حصہ، اگر ہو تو، دیگر موزونیت کے مطابق

دست برداری: HDFC اسٹیٹنڈرڈ لائف انشورنس کمپنی ضرورت پڑنے پر مزید معلومات/ دستاویزات کی مانگ کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

یہاں دستخط کریں

دعویٰ دار کی دستخط

سیکشن A*

پالیسی کی تفصیلات

پالیسی نمبر(ز):

مطالبہ کے فارم پھرنے میں مدد بذریعہ:

HDFC لائف کے ملازم

پالیسی ایجنٹ

رشتہ دار

NA

براہ کرم دعویٰ دار کی
حالیہ پاس پورٹ سائز
تصویر چسپاں کریں

اگر اوپر HDFC لائف کے ملازم یا رشتہ دار کا انتخاب کیا گیا ہو، تفصیلات

رشتہ دار / ملازم کا نام:

جناب / محترمہ

رابطہ:

دعویٰ دار کی تفصیلات

دعویٰ دار کا نام:

L A S T

جناب / محترمہ

F I R S T

تاریخ پیدائش:

D D M M Y Y Y Y

پتہ:

F L A T

N O.

L A S T

F I R S T

R O A D N A M E / N O.

B U I L D I N G

L A N D M A R K.

C I T Y / V I L L A G E

S T A T E

D I S T R I C T

پن کوڈ:

M O B I L E

R E S I D E N C Y

O F F I C E

رابطہ کا نمبر:

دفتر کا اور/یا ذاتی ای میل آئی ڈی:

پیشہ کی تفصیلات:

ملازمت

تک 20,000

1,00,000 <

50,001-1,00,000

20,001-50,000

کاروبار

آزاد پیشہ

خاتون خانہ

دیگر

بیمہ شدہ فریق سے رشتہ:

شریک حیات

بچے

والدین

دیگر

S P E C I F Y

دعویٰ دار کا لقب:

امیدوار

منتظم

ٹرسٹی

تقرر شدہ شخص

آجر

ولی

فائدہ لینے والے

دعویٰ دار کا پین:

یا

60

61

فارم 60

فارم 61

دعویٰ دار کا ادھار نمبر:

کیا دعویٰ دار سیاسی طور پر بے نقاب شخص ہے (PEP)?

ہاں

نہیں

*PEP- وہ افراد جو کسی ریاستی ملکیت کے انٹیرلٹرز، سیاسی پارٹی، یا کسی بین الاقوامی تنظیم کے اعلیٰ انتظامیہ کے ارکان ہوں جیسے ڈائریکٹرز، ڈپٹی ڈائریکٹرز اور بورڈ یا سمائل فنکشنز کے ارکان

مواصلت کا ترجیحی موڈ:

ای میل

مادی خطوط (اگر ای میل منتخب کیا گیا ہے، تو مادی خطوط نہیں بھیجے جائیں گے)

براہ کرم مواصلت کیلئے ترجیحی زبان

انگریزی

ہندی

تامل

تیلگو

مالایام

کنڈا

گجراتی

منتخب کریں:

مراٹھی

بنگالی

پنجابی

اردو

آسامی

اوڈیا

دعویٰ دار کا NEFT مینڈیٹ/ بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات

بچوں کے پلاز کی صورت میں، اگر فائدہ لینے والا بالغ ہے، تو براہ کرم فائدہ لینے والے کے بینک کی تفصیلات فراہم کریں۔

بینک اکاؤنٹ نمبر:

اکاؤنٹ رکھنے والے کا نام:

بینک کا نام اور برانچ:

اکاؤنٹ کی قسم

بچت

کرنٹ

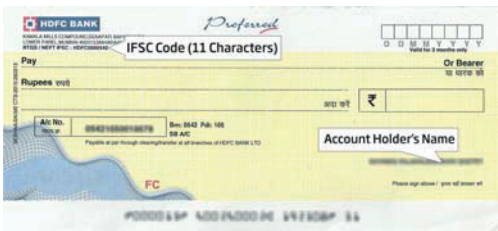
این آر او

این آر ای

*این آر ای اکاؤنٹ سے ادا شدہ تمام پریمیم(ز):

**این آر ای اکاؤنٹ سے ادا شدہ متناسب پریمیم(ز):

^IFSC^: آپ کے چیک پر ظاہر ہونے والا 11^ حرفی کوڈ



نوٹ:

- NEFT مینڈیٹ کے ساتھ ایک شخصی کردہ چیک کے ساتھ اکاؤنٹ نمبر اور IFSC جمع کیا جانا ضروری ہے۔ اگر چیک شخصی کردہ نہیں ہے، تو مینڈیٹ کے ساتھ بینک کا تازہ بیان یا پاس بک کی کاپی (جہاں اکاؤنٹ نمبر اور IFSC واضح ہو) جمع کرنا ضروری ہوگا۔
- یہ مینڈیٹ، عمل کاری ہونے پر، کلانٹ کے HDFC لائف کی تمام پالیسیوں کیلئے سابقہ ٹیک کردہ NEFT مینڈیٹس کو منسوخ کر دے گا۔
- NEFT کے ناکام ہونے یا مینڈیٹ پر کوئی مزید معلومات کے باقی رہنے کی صورت میں، ادائیگی کو روک دیا جائے گا جب تک کہ نیا NEFT مینڈیٹ موصول نہیں ہوجاتا ہے۔ اس کیلئے آپ کو اطلاع بھیجی جائے گی۔

* این آر ای اکاؤنٹ کا ری فنڈ (مکمل یا تناسب) این آر ای اکاؤنٹ کے ذریعے ادا کردہ پریمیم(ز) کے تناسب سے مشروط ہوگا۔ براہ کرم این آر ای اکاؤنٹ سے ادا شدہ پریمیم(ز) کیلئے ثبوت کے طور پر بینک کا بیان یا بینک کا تصدیقی خط جمع کریں۔

** متناسب ادائیگی کی صورت میں، براہ کرم دو NEFT مینڈیٹس یعنی این آر ای اکاؤنٹ اور غیر این آر ای اکاؤنٹ کیلئے فراہم کریں۔

اعلامیہ:

- میں/ہم بیان اعلان کرتا ہوں/کرتے ہیں کہ درج بالا دی گئی تفصیلات درست ہیں۔ اگر نامکمل یا غلط معلومات کی وجہ سے ٹرانزیکشن میں تاخیر یا بالکل اثر نہیں ہوتا ہے، تو میں/ہم HDFC اسٹینڈرڈ لائف انشورینس کمپنی لمیٹڈ ("HDFC لائف") یا اس کے کسی بھی وابستگان/ایجنٹس کو ذمہ دار نہیں ٹھہراؤں گا/ٹھہرائیں گے۔ علاوہ ازیں، میں/ہم درج بالا کسی بھی غلط معلومات کی فراہمی سے HDFC لائف کو ہونے والے کسی بھی نقصان کا برجانہ دینے کیلئے اتفاق کرتا ہوں/کرتے ہیں۔
- میں/ہم مزید اقرار کرتا ہوں/کرتے ہیں کہ کسی بھی طرح کی اضافی رقم، جو کسی بھی وجہ سے میرے/ہمارے اکاؤنٹ میں اضافی طور پر جمع کر دی گئی ہو لوٹاؤں گا/لوٹائیں گے خواہ وہ HDFC لائف کی طرف سے مطالبہ کی گئی ہو یا نہ ہو۔

یہاں دستخط کریں

دعویٰ دار کی دستخط

D D M M Y Y Y Y

تاریخ:

مقام:

بیمہ شدہ فریق کی اسپتال کی تفصیلات

گردہ کی بیماری

جگر کی بیماری

دل کی بیماری

ذیابیطس

بیش طنابی

کیا بیمہ شدہ فریق کی مندرجہ ذیل بیماریوں کی تشخیص ہوئی تھی/ان میں مبتلا تھا/ان کا علاج کروایا گیا تھا؟

S P E C I F Y

دیگر

کینسر

D D M M Y Y Y Y

بیماری/مرض کی پہلی بار تشخیص کی تاریخ

کیا آپ کے گھر کے افراد میں سے کوئی ایسی بیماری میں مبتلا ہوا ہے؟

ہاں

نہیں

موصول شدہ علاج کی تفصیلات بشمول تاریخ داخلہ اور خارجہ

داخلہ کی قسم:

NA

زچگی

دن میں دیکھ بھال

منصوبہ بند

بنگامی

جراحی (سرجری) نہ ہونے کی صورت میں کیا گیا علاج:

ہاں

نہیں

زخم ہونے کی صورت اسپتال میں داخلہ:

منشیات کا استعمال

سڑک ٹریفک کا حادثہ

خود متاثر

وفات ہوگئی

دوسرے اسپتال بھیجا گیا

گھر بھیجا گیا

خارج ہوتے وقت صورتحال:

براہ کرم منسلک/جوڑیں۔ اگر دستیاب نہ ہو، وجہ بیان کریں۔

غیر دستیاب

دستیاب

وفات کی طبی وجہ کی سند:

بیمہ شدہ فریق کی طبی مشاورت کی سرگزشت (پالیسی کی خطرہ کی شروعات کی تاریخ سے 5 سال قبل کی)

پالیسی کی RCD سے گزشتہ 5 سالوں میں ایک سے زائد ڈاکٹروں سے مشاورت کیلئے، براہ کرم تمام تفصیلات کی وضاحت کے ساتھ علیحدہ صفحہ منسلک کریں۔

L A S T

F I R S T

ڈاکٹر کا نام:

F L A T

N O.

L A S T

F I R S T

اسپتال کا پتہ:

R O A D

N A M E / N O.

B U I L D I N G

D I S T R I C T

S T A T

پن کوڈ:

D I S T R I C T

S T A T

ڈاکٹر کی رابطہ کی تفصیلات:

D D M M Y Y Y Y

مشاورت کی تاریخیں:

مشاورت کی وجوہات:

ڈاکٹر کی تفصیلات

L A S T

F I R S T

وہ ڈاکٹر جس نے آخری بیماری کا علاج کیا تھا:

F L A T

N O.

L A S T

F I R S T

اسپتال کا پتہ:

R O A D

N A M E / N O.

B U I L D I N G

D I S T R I C T

S T A T

پن کوڈ:

D I S T R I C T

S T A T

ڈاکٹر کی رابطہ کی تفصیلات:

M O B I L E

O F F I C E

فیملی ڈاکٹر:

L A S T

F I R S T

اسپتال کا پتہ:

F L A T

N O.

L A S T

F I R S T

R O A D

N A M E / N O.

B U I L D I N G

D I S T R I C T

S T A T

پن کوڈ:

D I S T R I C T

S T A T

ڈاکٹر کی رابطہ کی تفصیلات:

M O B I L E

O F F I C E

وہ ڈاکٹر جس نے وفات کا اعلان کیا:

L A S T

F I R S T

اسپتال کا پتہ:

F L A T

N O.

L A S T

F I R S T

R O A D

N A M E / N O.

B U I L D I N G

D I S T R I C T

S T A T

پن کوڈ:

D I S T R I C T

S T A T

ڈاکٹر کی رابطہ کی تفصیلات:

M O B I L E

O F F I C E

یہاں دستخط کریں

طرز زندگی کی تفصیلات

کیا بیمہ شدہ فریق کو شراب نوشی، سگریٹ نوشی اور/یا تمباکو کھانے کی عادت تھی؟

بیر	وسکی	وائن	دیگر:	ہاں	نہیں	اگر ہاں، تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں۔
سگریٹس	بیڑی	تمباکو	گٹکا	S P E C I F Y		
اگر بیمہ شدہ فریق کو نشہ کرنے کی عادت تھی:			منشیات کے نام	سالوں کی تعداد	خوراک کا استعمال	
دیگر منشیات کی لت، اگر ہو:						

بیمہ شدہ فریق کی دیگر انشورینس / میڈی کلیم کی پالیسی کی تفصیلات

مطالبہ کی صورتحال براہ کرم مناسب باکسز پر ڈک کریں						خطرہ کی شروعات کی تاریخ (RCD)	معاوضہ کی بنیادی رقم (SA)	انشورینس کمپنی کا نام	پالیسی نمبر-
مطالبہ رد کر دیا گیا	مطالبہ کی پوری رقم موصول ہوئی	مطالبہ کیلئے قانونی اپیل فائل کی گئی	مطالبہ کی جزوی رقم موصول ہوئی	مطالبہ کی درخواست نہیں کی گئی	مطالبہ کی درخواست کی گئی				
<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"/>	D D M M Y Y			
<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"/>	D D M M Y Y			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D D M M Y Y			

اگر دیگر انشورر کے مطالبہ نہیں کیا گیا تو، کیوں؟

--

سیکشن D

حادثہ/قتل/خودکشی کی وجہ سے وفات پونے کی صورت میں

پولیس اسٹیشن کا پتہ اور رابطہ کی تفصیلات جہاں FIR/کیس ڈائری رجسٹر ہے:

--

اگر رجسٹر شدہ نہ ہو، وجہ بیان کریں:

اسپتال کی تفصیلات جہاں پوسٹ مارٹم کیا گیا تھا

کیا پوسٹ مارٹم کی رپورٹ منسلک/جوڑی گئی ہے؟

اگر منسلک نہ ہو، تو براہ کرم وجہ بیان کریں

ہاں نہیں

--

حادثہ کی تفصیلات؟

ریل سڑک ہوائی دیگر

حادثہ میں شامل فریقین اور مقام کی تفصیلات

--

یہاں دستخط کریں

--

دعویٰ دار کی دستخط

اعلامیہ اور اجازت دہنگی

- اس طرح میں اعلان کرتا ہوں کہ درج بالا پُر/مکمل کی گئی تفصیلات میرے علم و یقین کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔
- اس طرح میں ضمانت دیتا ہوں کہ درج بالا دی گئی تمام تفصیلات پر لحاظ سے سچ اور درست ہے اور میں اتفاق کرتا ہوں کہ اگر میں نے کوئی غلط یا جھوٹا بیان دیا یا دہا، کسی بھی حقیقی مواد کو دباؤں یا چھاپوں، تو میرے بتائے گئے اخراجات کے معاوضہ کا مطالبہ کرنے کا حق مجھ سے بالکل چھین لیا جائے گا۔
- میں سمجھتا ہوں اور اتفاق کرتا ہوں کہ اس فارم کو جمع کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ درخواست پر کارروائی کی جائے گی۔
- میں سمجھتا ہوں کہ پالیسی کے تحت کوئی بھی ادائیگی بالکل پالیسی کی شرائط و ضوابط کے مطابق ہوگی۔
- کوئی بھی ادائیگی آخری بار پریمیم کی تجدید کی ادائیگی کے حصول سے مشروط ہوگی۔
- میں تمام طبی اداروں (بشمول طبی لیس) حکومتی اداروں (پولیس، آمدنی، وغیرہ) کو LA سے متعلقہ، ماضی اور حال کی علاج، بشمول HIV/AIDS اور دیگر معلومات کو HDFC لائف کیلئے ظاہر کرنے کی منظوری دیتا ہوں۔
- اس اعلان کی فوٹو کاپی کو مجاز اور موثر سمجھا جانا چاہیے۔
- میں HDFC لائف کو اپنے بدلے انشورنس پالیسی کی خدمت فراہم کرنے، انڈر رائٹنگ کے خطرات، مطالبے کا تصفیہ کرنے کیلئے کسی بھی ری انشوررز، انشورنس ایسوسی ایشن، طبی اتھارٹیز، دیگر اشور، قانونی حکام، آجر، کورٹ، حکومتی ادارہ، ریگولیٹر کے ساتھ ایسے اشتراک کیلئے میری خاص منظوری کے بغیر تحقیقاتی ایجنسی یا دیگر خدمت فراہم کنندہ کا استعمال کر کے معلومات کا اشتراک اور حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہوں اور اس طرح میں اس چیز کیلئے اپنی منظوری دیتا ہوں۔

یہاں دستخط کریں	D D M M Y Y Y Y	تاریخ:	یہاں دستخط کریں	D D M M Y Y Y Y	تاریخ:
		مقام:			مقام:
گواہ کی دستخط	L A S T	دعوئی دار کی دستخط/انگوٹھے کا نشان	F I R S T	گواہ کا نام:	
				پتہ:	
	M O B I L E		O F F I C E	رابطہ کی تفصیلات:	
دعوئی دار نے اپنے انگوٹھے کا نشان لگایا ہے/مقامی زبان میں دستخط کی ہے/درخواست پُر نہیں کی ہے					
اس طرح میں اعلان کرتا ہوں کہ میں نے دعوئی دار کو زبان میں اس درخواست کے فارم کے مشمولات وضاحت کے ساتھ سمجھا دیا ہے اور مجھے فراہم کیے گئے ساتھ ریکارڈ کر لیا ہے۔ میں مزید اعلان کرتا ہوں کہ دعوئی دار نے میری موجودگی میں دستخط کی/اپنا انگوٹھے کا نشان لگایا ہے۔					
جوابات کو پوری سچائی کے					
فریق ثالث کا نام:					
پتہ:					
رابطہ کی تفصیلات:					
فریق ثالث کی خدمت				جگہ:	D D M M Y Y Y Y

HDFC اسٹیٹرز لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ، IRDAI رجسٹریشن نمبر 101- رجسٹر شدہ دفتر: 13 منزل، لودھا ایکسپریس، اپولو ملز کمپائونڈ، این۔ایم۔ جوشی مارگ، مہالکشمی، ممبئی - 400011 - CIN:L65110MH2000PLC128245

کسٹمر کے اعتراف کی کاپی-مطالبہ فارم برائے انفرادی وفات

پالیسی نمبر	دعوئی دار کا نام	
برانچ کا نام/تعامیل کی شناخت	تاریخ	D D M M Y Y Y Y
ملازم کا نام	ملازم کا کوڈ	
ملازم کی دستخط	شاخ کی مہر	

جمع کیے گئے دستاویزات

پالیسی کی اصل سند	بیمہ شدہ فریق کی ملازمت کی سند
دعوئی دار کا آدھار	MC کی وفات کی سند
بیمہ شدہ فریق کا آدھار	منسوخ کردہ چیک
پہلی معلومات کی رپورٹ (FIR)	رہائشی پتہ کا ثبوت
پنچنامہ	پوسٹ مارٹم کی رپورٹ (PMR)
حتمی رپورٹ	دعوئی دار کی تصویر
مکمل طبی ریکارڈز	تدفین یا کرایکرم کی سلیپ
وفات کی طبی وجہ کی سند	دیگر

دست برداری: HDFC اسٹیٹرز لائف انشورنس کمپنی ضرورت پڑنے پر مزید معلومات/دستاویزات کی مانگ کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔

HDFC اسٹیٹرز لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ ("HDFC لائف")، IRDAI رجسٹریشن نمبر 101- رجسٹر شدہ دفتر: 13 منزل، لودھا ایکسپریس، اپولو ملز کمپائونڈ، این۔ایم۔ جوشی مارگ، مہالکشمی، ممبئی - 400011۔ 1860-267-9999 پر کال کریں (مقامی چارجز لاگو)۔ کوئی سابقہ ملکی کوڈ نہ لگائیں مثال کے طور پر +91 یا 00۔ پیر سے سنیچر صبح 10 سے شام 7 بجے تک دستیاب | ای میل - service@hdfclife.com | www.hdfclife.com۔ CIN:L65110MH2000PLC128245۔ NRIservice@hdfclife.com (صرف این آر آئی کسٹمرز کیلئے) ملاحظہ کریں۔