

# ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਡੈਬ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ

## ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਬ੍ਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਮ:  ਬ੍ਰਾਂਚ ਕੋਡ:

ਇੰਟਰੈਕਸ਼ਨ ID:

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:

ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਡ:  ਹਸਤਾਖਰ:

ਮਿਤੀ: 

ਸਮਾਂ:  ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ  
 ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ



ਇਸ ਦੁੱਖ ਦੀ ਘੜੀ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਅਫਸੋਸ ਪ੍ਰਗਟਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਸਮਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਾਡੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਕਿ ਲੋੜ ਦੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੀਏ। ਇਸ ਡੈਬ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਕਲੇਮ ਭਰ ਸਕੋਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਉਚਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਤਾਂ ਕਿ ਸਾਨੂੰ ਛੇਤੀ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੇਮ ਦਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕੇ।

## ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਫਾਰਮ ਸਿਰਫ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਹੀ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਅਕਤੀ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਇੱਕ ਹੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਹਰੇਕ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮ ਭਰਨੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਉਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਚੈੱਕ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਦੇ ਹੋ।
- ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਇਸ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੰਨਿਆਂ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਹੀ ਕਲੇਮ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
- ਇਸ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਫੀਸ ਜਾਂ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ।
- ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤਾਰੇ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ (\*) ਨਾਲ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਹੈ।

ਪੈਨਸ਼ਨ ਕਲੇਮ- ਸੈਕਸ਼ਨ A,B,E ਭਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ; ਡੈਬ ਕਲੇਮ (ਗੈਰ-ਦੁਰਘਟਨਾ) - ਸੈਕਸ਼ਨ A,B,C,E;

ਡੈਬ ਕਲੇਮ (ਦੁਰਘਟਨਾ) - ਸਾਰੇ ਸੈਕਸ਼ਨ ਭਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।

## ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖੇਤਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅਤੇ NEFT ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

- ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਅੱਖਰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਲਿਖੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
- ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤਾ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਈਮੇਲ ID ਵਰਤਮਾਨ ਅਤੇ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ ਕੇਵਲ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ NEFT ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ ਅਤੇ ਕੈਸਲ ਚੈੱਕ/ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨਾਲ ਨੰਬੀ ਕਰੋ ਤਾਂ ਕਿ ਅਸੀਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਲੇਮ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਲੇਮ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਤੁਹਾਡੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰ ਸਕੀਏ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਜੋਂ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਭਾਸ਼ਾ ਹੀ ਚੁਣੋ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ B: ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

- ਤੁਸੀਂ ਜਿੱਥੇ ਵੀ "ਹੋਰ" ਵਿਕਲਪ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਉਸਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ।
- ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ C: ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਰਹਿਣ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

- ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਉਹ ਡਾਕਟਰ ਭਾਰਤੀ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਜਿਹਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੇਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ।
- ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਬਾਰੇ ਪਰਦਾ ਰੱਖਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕਲੇਮ ਅਯੋਗ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ D: ਦੁਰਘਟਨਾ/ਕਤਲ/ਆਤਮਹੱਤਿਆ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਮੌਤ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

- ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਵਿਸਥਾਰ ਸਹਿਤ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ।
- PMR ਅਤੇ FIR ਨਾਲ ਨੰਬੀ ਕਰੋ, ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ ਜਾਂ ਦਿੱਤੇ ਨਾ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ E: ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਖਤਿਆਰ

- ਨਿਰਧਾਰਤ ਸਥਾਨ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
- ਸਾਡੀ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਰੋਕ ਕਰਨਾ ਨਾ ਭੁੱਲੋ।

ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਰਸੀਦ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਰੱਖੋ ਅਤੇ HDFC ਲਾਈਫ ਦੇ ਨੁਮਾਇੰਦਿਆਂ ਵੱਲੋਂ ਮੰਗ ਕਰਨ 'ਤੇ ਦਿਖਾਓ।

## ਯੋਗ ਸਨਾਖਤ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਫੋਟੋ ਸਨਾਖਤ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਇੱਕ)	ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਇੱਕ)
<input type="checkbox"/> ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਯੋਗ ਪਾਸਪੋਰਟ <input type="checkbox"/> ਵੋਟਰ ID ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> PAN ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਵੋਟਰ ID ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਯੋਗ ਡ੍ਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੰਸ <input type="checkbox"/> ਮੁਹਰ ਲੱਗੀ ਫੋਟੋਗ੍ਰਾਫ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ <input type="checkbox"/> ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕੇਂਦਰੀ / ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ID ਕਾਰਡ	<input type="checkbox"/> ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਯੋਗ ਪਾਸਪੋਰਟ <input type="checkbox"/> ਵੋਟਰ ID ਕਾਰਡ <input type="checkbox"/> ਯੋਗ ਡ੍ਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੰਸ <input type="checkbox"/> ਉਪਯੋਗਤਾ ਬਿੱਲ (ਬਿਜਲੀ/ਫੋਨ ਦਾ ਬਿੱਲ) 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਨਾ ਹੋਵੇ <input type="checkbox"/> ਮੁਹਰ ਲੱਗੀ ਫੋਟੋਗ੍ਰਾਫ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ

## ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਮੂਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ/ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੌਤ
ਸਥਾਨਕ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੌਤ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ	ਮੌਤ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਕਾਰਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਅਤੇ PAN ਵੇਰਵੇ	ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਏ ਸਾਰੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ। (ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੇ ਨੋਟਸ, ਇਤਿਹਾਸ/ਪ੍ਰਗਤੀ ਸੀਟ, ਛੁੱਟੀ/ ਮੌਤ ਦਾ ਸਾਰਾਂਸ਼, ਟੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਆਦਿ)
ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਅਤੇ PAN ਵੇਰਵੇ	ਅਚਨਚੇਤ ਮੌਤ
ਕੈਸਲ ਚੈੱਕ, ਦਾਹ-ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦੀ ਰਸੀਦ, ਕਰਮਚਾਰੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੇਤਨਭੋਗੀ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ	ਫਰਸਟ ਇਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ (FIR), ਪੰਚਨਾਮਾ / ਤਫਤੀਸ਼ੀ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੇਸਟ-ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ (PMR), ਡ੍ਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੰਸ, ਪੁਲਿਸ ਦੀ ਆਖਰੀ ਰਿਪੋਰਟ, ਵਿਸਕਰਾ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ, ਅਖ਼ਬਾਰ ਦੀ ਕਟਿੰਗ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ, ਹੋਰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਯੋਗ

ਬੇਦਾਅਵਾ: HDFC ਸਟੈਂਡਰਡ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

**ਸੈਕਸ਼ਨ A\***

**ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:  ,  ,

ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਭਰਾਉਣ ਵਾਲਾ ਸਹਾਇਕ:  HDFC ਲਾਈਫ ਕਰਮਚਾਰੀ  ਪਾਲਿਸੀ ਏਜੰਟ  ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ  ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ HDFC ਲਾਈਫ ਕਰਮਚਾਰੀ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨੇ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ

ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ / ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:  ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ  ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ  F I R S T         L A S T

ਸੰਪਰਕ:  M O B I L E

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਹਾਲ ਹੀ ਦੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਫੋਟੋ ਚਿਪਕਾਓ

**ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:  ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ  ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ  F I R S T           L A S T

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ:  D   M  M  Y  Y  Y  Y

ਪਤਾ:  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

ਪਿਨਕੋਡ:

ਸੰਪਰਕ ਨੰ.:  O F F I C E       R E S I D E N C Y       M O B I L E

ਦਫਤਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਈਮੇਲ ID:

ਕਿੱਤੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:  ਸਰਵਿਸ  ਕਾਰੋਬਾਰ  ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ  ਹਾਊਸ ਵਾਈਡ  ਹੋਰ

ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (INR):  20,000 ਤੱਕ  20,001-50,000  50,001-1,00,000  >1,00,000

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:  ਜੀਵਨਸਾਥੀ  ਬੱਚੇ  ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ  ਹੋਰ  S P E C I F Y

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ:  ਨਾਮਜ਼ਦ  ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਿਵ  ਟਰੱਸਟੀ  ਨਿਯੋਕਤਾ  ਨਿਯੋਕਤਾ  ਅਸਾਇਨੀ  ਲਾਭਪਾਤਰੀ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ PAN:  ਜਾਂ  ਫਾਰਮ 60  ਫਾਰਮ 61

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਆਧਾਰ ਨੰ.:

ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਸਿਆਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਗਰਮ ਵਿਅਕਤੀ (PEP) ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ "PEP: ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰੀ ਮਲਕੀਅਤ ਵਾਲੀ ਇੰਟਰਪ੍ਰਾਈਜ਼, ਸਿਆਸੀ ਪਾਰਟੀ ਜਾਂ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸੰਸਥਾ ਦੇ ਸੀਨੀਅਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਹਨ, ਭਾਵ ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਡਿਪਟੀ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਅਤੇ ਬੋਰਡ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਹਨ ਜਾਂ ਸਮਾਨ ਕਾਰਜ ਕਰਦੇ ਹਨ"

ਸੰਚਾਰ ਦਾ ਤਰਜੀਹੀ ਸਾਧਨ:  ਈਮੇਲ  ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ (ਜੇਕਰ ਈਮੇਲ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਭੇਜੇ ਜਾਣਗੇ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ  ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ  ਹਿੰਦੀ  ਤਮਿਲ  ਤੇਲਗੂ  ਮਲਿਆਲਮ  ਕੰਨੜ  ਗੁਜਰਾਤੀ

ਮਰਾਠੀ  ਬੰਗਾਲੀ  ਪੰਜਾਬੀ  ਉਰਦੂ  ਅਸਾਮੀ  ਉੜੀਆ

**ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ NEFT ਆਦੇਸ਼/ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਜੇਕਰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦਾ ਨੰ.:

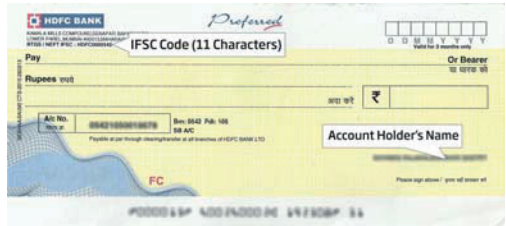
ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ:

ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਬ੍ਰਾਂਚ:

ਖਾਤੇ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ  ਬੱਚਤ  ਚਾਲੂ  NRO  NRE

\*NRE ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ:  \*\* NRE ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਨੁਪਾਤਕ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ:

IFSC:  11 ਅੱਖਰਾਂ ਦਾ ਕੋਡ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਚੈੱਕ ਬੁੱਕ ਦੇ ਸਫੇ 'ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ



**ਨੋਟ:**

- ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ IFSC ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ NEFT ਆਦੇਸ਼ ਸਮੇਤ ਕੈਸਲ ਨਿੱਜੀ ਚੈੱਕ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਚੈੱਕ ਨਿੱਜੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਬੈਂਕ ਦੀ ਨਵੀਨਤਮ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ IFSC ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ) ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
- ਇਸ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਨਾਲ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ, HDFC ਲਾਈਫ ਦੇ ਗਾਹਕ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਟੈਗ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ NEFT ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
- NEFT ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਜਾਂ ਆਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧੂਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਪੇਆਊਟ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਰੋਕ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਨਵਾਂ NEFT ਆਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।

\*NRE ਖਾਤੇ ਨੂੰ ਰਿਫੰਡ (ਪੂਰਾ ਜਾਂ ਅਨੁਪਾਤਕ), NRE ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ(ਾਂ) ਦੇ ਅਨੁਪਾਤਕ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ NRE ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ(ਾਂ) ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਬੈਂਕ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

\*\* ਅਨੁਪਾਤਕ ਪੇਆਊਟ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋ NEFT ਆਦੇਸ਼, NRE ਖਾਤੇ ਅਤੇ ਗੈਰ-NRE ਖਾਤੇ ਲਈ ਦਿਓ।

**ਘੋਸ਼ਣਾ:**

- ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਟ੍ਰਾਂਜੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਬਿਲਕੁਲ ਹੀ ਸਪੱਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ HDFC ਸਟੈਂਡਰਡ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ("HDFC ਲਾਈਫ") ਜਾਂ ਇਸਦੀ ਕਿਸੇ ਸਹਿਯੋਗੀ ਕੰਪਨੀ/ਏਜੰਟ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਮੰਨਾਂਗਾ/ਮੰਨਾਂਗੀ/ਮੰਨਾਂਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ HDFC ਲਾਈਫ ਨੂੰ ਹਾਨੀਪੂਰਤੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ/ਅਸੀਂ HDFC ਲਾਈਫ ਦੁਆਰਾ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵਾਧੂ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੇ, ਜੇ ਕਿਸੇ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਮਿਤੀ:  D   M  M  Y  Y  Y  Y

ਸਥਾਨ:

ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਸੈਕਸ਼ਨ B\*

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ (LA)

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ F I R S T L A S T
ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: F I R S T L A S T
LA ਦਾ PAN ਅਤੇ ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ: PAN ਆਧਾਰ

ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: D D M M Y Y ਮੌਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਉਮਰ: Y Y M M ਮੌਤ ਦਾ ਸਮਾਂ: H H : M M : S S
ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ: ਸਥਾਨ: ਹਸਪਤਾਲ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ ਘਰ ਹੋਰ S P E C I F Y
ਮੌਤ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦਾ ਪਤਾ 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

ਪਿਨਕੋਡ
ਜੇਕਰ ਮੌਤ ਭਾਰਤ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੁਤਘਰ ਵੱਲੋਂ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਦੇਹ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ/ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ: ਉਪਲਬਧ: ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਉਂ?

ਕੀ ਦਾਹ-ਸੰਸਕਾਰ ਜਾਂ ਦਫਨਾਉਣ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ?: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਉਂ?

ਦਾਹ-ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦਾ ਪਤਾ 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

ਪਿਨਕੋਡ
ਮੌਤ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ: ਮੈਡੀਕਲ: ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਤਲ ਆਤਮਹੱਤਿਆ
ਮੌਤ ਦਾ ਮੂਲ ਕਾਰਨ:
ਮੌਤ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹਲਾਤ:

ਮੌਤ/ਦਫਨਾਉਣ/ਦਾਹ-ਸੰਸਕਾਰ ਦੇ ਸਮੇਂ ਮੌਜੂਦ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ:
ਪੁਰਾਣਾ ਨਾਮ: F I R S T L A S T
ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ: O F F I C E M O B I L E
ਨਵਾਂ ਨਾਮ: F I R S T L A S T
ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ: O F F I C E M O B I L E

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

ਕਿੱਤੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ: ਸਰਵਿਸ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹਾਊਸ ਵਾਈਫ ਹੋਰ: S P E C I F Y
ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (INR) 20,000 ਤੱਕ 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000
ਨਿਯੋਕਤਾ ਦਾ ਨਾਮ:

ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ/ਰੋਜ਼ਗਾਰ/ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਪਤਾ 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

ਪਿਨਕੋਡ:
ਪਿਛਲਾ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ/ ਰੋਜ਼ਗਾਰ/ਕਾਰੋਬਾਰ:
ਨਿਯੋਕਤਾ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ: N A M E M O B I L E
ਅੰਤਿਮ ਕਾਰਜੀ ਦਿਵਸ: D D M M Y Y Y Y

ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਸੈਕਸ਼ਨ C

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਰਹਿਣ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ/ਰੋਗ ਗ੍ਰਸਤ ਸੀ? ਹਾਈਪਰਟੈਂਸ਼ਨ, ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼, ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਲਿਵਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਕਿਡਨੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ /ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਸੀ? ਕੈਂਸਰ, ਹੋਰ, S P E C I F Y, ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਦੀ ਮਿਤੀ, D D M M Y Y Y Y, ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਵੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਵੀ ਉਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਹੈ? ਹਾਂ, ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਇਸਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ ਸੀ:

ਆਊਟਪੈਸ਼ੈਂਟ ਜਾਂ ਭਰਤੀ ਰਹਿਣ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਸਮੇਤ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Table for medical treatment details with columns for start/end dates and description.

ਦਾਖਲ ਰਹਿਣ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ: ਇਮਰਜੈਂਸੀ, ਯੋਜਨਾਬੱਧ, ਦੈਨਿਕ ਦੇਖਭਾਲ, ਜਣੇਪਾ, ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ

ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਇਲਾਜ, ਜੇਕਰ ਸਰਜਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ:

Table for surgical treatment details.

ਸੱਟ ਵੱਜਣ ਕਾਰਨ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ: ਹਾਂ, ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ: ਸਵੈ-ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ, ਰੋਡ ਟ੍ਰੈਫਿਕ ਦੁਰਘਟਨਾ, ਕਿਸੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ

ਛੁੱਟੀ ਮਿਲਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਹਾਲਤ: ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਛੁੱਟੀ, ਕਿਸੇ ਦੂਜੇ ਹਸਪਤਾਲ ਲਈ ਛੁੱਟੀ, ਮ੍ਰਿਤਕ

ਮੌਤ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ: ਉਪਲਬਧ, ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ।

Table for cause of death details.

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ (ਪਾਲਿਸੀ ਜੋਖਮ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਲਈ)

ਪਾਲਿਸੀ RCD ਤੋਂ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਮਸ਼ਵਰਾ ਲਾਏ ਜਾਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਸਫ਼ੇ 'ਤੇ ਸਾਰੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

Form for doctor name and address: ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ: F I R S T, L A S T, ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪਤਾ: 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, ਪਿਨਕੋਡ:

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ:

ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: D D M M Y Y Y Y

ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੇ ਕਾਰਨ:

Table for reasons of consultation.

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਪਿਛਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ: F I R S T, L A S T

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪਤਾ: 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, ਪਿਨਕੋਡ:

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ: O F F I C E, M O B I L E

ਫੈਮਲੀ ਡਾਕਟਰ: F I R S T, L A S T

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪਤਾ: 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, ਪਿਨਕੋਡ:

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ: O F F I C E, M O B I L E

ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਮੌਤ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕੀਤੀ: F I R S T, L A S T

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪਤਾ: 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, ਪਿਨਕੋਡ:

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ: O F F I C E, M O B I L E

ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

**ਜੀਵਨਸ਼ੈਲੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸ਼ਰਾਬ, ਸਿਗਰੇਟ ਪੀਣ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੰਬਾਕੂ ਚਬਾਉਣ ਦੀ ਆਦਤ ਸੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

ਬੀਅਰ  ਵਿਸਕੀ  ਵਾਈਨ  ਹੋਰ:   S  P  E  C  I  F  Y  ਮਿ.ਲੀ./ਬੋਤਲ ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ

ਸਿਗਰੇਟ  ਬੀਡੀ  ਤੰਬਾਕੂ  ਗੁਟਕਾ  ਹੋਰ:   S  P  E  C  I  F  Y ਸਟਿਕਸ ਜਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ ਪੈਕੇਟਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ

ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਵਾਈ ਦੀ ਆਦਤ ਸੀ: ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਮ         ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ     ਖੁਰਾਕ

ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਆਦਤ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਸੀ:

**ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹੋਰ ਬੀਮੇ/ਮੈਡੀਕਲਮ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ**

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.	ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਬੀਮਾਗਤ ਰਾਸ਼ੀ (SA)	ਜੋਖਮ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ (RCD)	ਕਲੇਮ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਢੁਕਵੇਂ ਡੱਬਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ						
				ਕਲੇਮ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ	ਕਲੇਮ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ	ਕਲੇਮ ਦੀ ਅੰਸ਼ਿਕ ਰਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ	ਕਲੇਮ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ	ਕਲੇਮ ਦੀ ਪੂਰੀ ਰਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ	ਕਲੇਮ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ	
<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"/>

ਜੇਕਰ ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਕੋਲ ਕਲੇਮ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ, ਤਾਂ ਕਿਉਂ?

**ਸੈਕਸ਼ਨ D**

**ਜੇਕਰ ਦੁਰਘਟਨਾ/ਕਤਲ/ਆਤਮਹੱਤਿਆ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੈ**

ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਾ

ਜਿੱਥੇ FIR/ਕੇਸ ਡਾਇਰੀ ਦਰਜ ਕਰਾਈ ਗਈ ਹੈ:

ਜੇਕਰ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਾਈ ਗਈ, ਤਾਂ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ:

ਹਸਤਪਾਲ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਜਿੱਥੇ ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

ਕੀ ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨੱਥੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ

ਘਟਨਾ ਕਿਵੇਂ ਵਾਪਰੀ? ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ

ਸ਼ਾਮਲ ਧਿਰਾਂ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਅਤੇ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਸਥਾਨ

ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

**ਸੈਕਸ਼ਨ E\***

**ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਖਤਿਆਰ**

- ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਭਰੇ ਗਏ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੇ ਹਰ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੋਣ ਦਾ ਭਰੋਸਾ ਦੁਆਉਂਦਾ/ਦੁਆਉਂਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕੋਈ ਗਲਤ ਜਾਂ ਝੂਠਾ ਬਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਭੌਤਿਕ ਤੱਥ ਛੁਪਾਉਂਦਾ/ਛੁਪਾਉਂਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਖਰਚੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੇਰਾ ਅਧਿਕਾਰ ਬਿਲਕੁਲ ਖੋਹ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਧੀਨ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੋਈ ਵੀ ਪੇਆਊਟ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਕੋਈ ਵੀ ਅਦਾਇਗੀ ਆਖਰੀ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਮੈਂ ਸਾਰੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਮੈਡੀਕਲ ਲੈਬਾਂ ਸਮੇਤ), ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਪੁਲਿਸ, ਮਾਲੀਆ ਆਦਿ) ਨੂੰ LA ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ HIV/ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ HDFC ਲਾਈਫ ਕੋਲ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਇਸ ਘੋਸ਼ਣਾ ਦੀ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਯੋਗ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ HDFC ਲਾਈਫ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੁਨਰ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਬੀਮਾ ਐਸੋਸਿਏਸ਼ਨ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ, ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ, ਅਦਾਲਤ, ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਰਾਹੀਂ, ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪਾਲਿਸੀ, ਅੰਡਰਰਾਈਟਿੰਗ ਜੋਖਮ, ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਬੰਦੋਬਸਤ ਆਦਿ ਦੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਮੇਰੀ ਖਾਸ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਬਗ਼ੈਰ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮਿਤੀ:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	<input type="text" value="ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ"/>	ਮਿਤੀ:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	<input type="text" value="ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ"/>
ਸਥਾਨ:	<input type="text"/>		ਸਥਾਨ:	<input type="text"/>	
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ			ਗਵਾਹ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ		
ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ:	<input type="text" value="F"/> <input type="text" value="I"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="S"/> <input type="text" value="T"/>	<input type="text" value="L"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="S"/> <input type="text" value="T"/>			
ਪਤਾ:	<input type="text"/>				
ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ:	<input type="text" value="O"/> <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="I"/> <input type="text" value="C"/> <input type="text" value="E"/>	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="O"/> <input type="text" value="B"/> <input type="text" value="I"/> <input type="text" value="L"/> <input type="text" value="E"/>			

**ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਇਆ ਹੈ/ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਭਰੀ ਹੈ**

ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਦੇ ਵਿਸ਼ਾ-ਵਸਤੂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ ਹੈ ਅਤੇ  ਉਹਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ/ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਇਆ ਹੈ।

ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦਾ ਨਾਮ :	<input type="text"/>	<input type="text" value="ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ"/>
ਪਤਾ:	<input type="text"/>	
ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ:	<input type="text"/>	
ਮਿਤੀ:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	ਸਥਾਨ: <input type="text"/>
		ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

HDFC ਸਟੈਂਡਰਡ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ। IRDAI ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ. 101.  
 ਰਜਿ. ਦਫ਼ਤਰ: 13ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਲੇਧਾ ਐਕਸਲਸ, ਅਪੋਲੋ ਮਿਲਜ਼ ਕੰਪਾਉਂਡ, ਐਨ.ਐਮ. ਜੋਸ਼ੀ ਮਾਰਗ, ਮਹਾਂਲਕਸ਼ਮੀ, ਮੁੰਬਈ- 400 011. CIN:L65110MH2000PLC128245.

**ਗਾਹਕ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਕਾਪੀ-ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਡੈੱਬ ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ**

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ
ਬ੍ਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਮ/ ਇੰਟਰੈਕਸ਼ਨ ID	ਮਿਤੀ <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਡ
ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	ਬ੍ਰਾਂਚ ਦੀ ਮੁਹਰ

**ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼**

<input type="checkbox"/> ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਮੂਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	<input type="checkbox"/> ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
<input type="checkbox"/> ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਆਧਾਰ <input type="checkbox"/> PAN	<input type="checkbox"/> MC ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਡੈੱਬ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
<input type="checkbox"/> ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਆਧਾਰ <input type="checkbox"/> PAN	<input type="checkbox"/> ਕੈਸਲ ਚੈੱਕ
<input type="checkbox"/> ਫਰਸਟ ਇਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ (FIR)	<input type="checkbox"/> ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ
<input type="checkbox"/> ਪੰਚਨਾਮਾ	<input type="checkbox"/> ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ (PMR)
<input type="checkbox"/> ਅੰਤਿਮ ਰਿਪੋਰਟ	<input type="checkbox"/> ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਫੋਟੋ
<input type="checkbox"/> ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ	<input type="checkbox"/> ਦਾਹ-ਸੰਸਕਾਰ/ਦਫਨਾਉਣ ਦੀ ਰਸੀਦ
<input type="checkbox"/> ਮੌਤ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ

ਬੇਦਾਅਵਾ: HDFC ਸਟੈਂਡਰਡ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

HDFC ਸਟੈਂਡਰਡ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਿਡ ("HDFC ਲਾਈਫ")। IRDAI ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ.101.  
 ਰਜਿ. ਦਫ਼ਤਰ: 13ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਲੇਧਾ ਐਕਸਲਸ, ਅਪੋਲੋ ਮਿਲਜ਼ ਕੰਪਾਉਂਡ, ਐਨ.ਐਮ. ਜੋਸ਼ੀ ਮਾਰਗ, ਮਹਾਂਲਕਸ਼ਮੀ, ਮੁੰਬਈ- 400 011.  
 ਕਾਲ ਕਰੋ 1860-267-9999 (ਸਥਾਨਿਕ ਖਰਚੇ ਲਾਗੂ)। ਨੰਬਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਕੋਡ ਜਿਵੇਂ +91 ਜਾਂ 00 ਨਾ ਲਗਾਓ। ਉਪਲਬਧ ਸੇਮ-ਸਨੀ ਸਵੇਰੇ 10 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 7 ਵਜੇ ਤੱਕ | ਈਮੇਲ - service@hdfclife.com | NRIservice@hdfclife.com (ਸਿਰਫ NRI ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ) ਇੱਥੇ ਜਾਓ- www.hdfclife.com. CIN:L65110MH2000PLC128245.