

# വ്യക്തിഗത ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

ശവയുടെ പേര്:  ശവയുടെ കോഡ്:

ഇടപാട് ഐഡി:

ജീവനക്കാരന്റെ പേര്:

ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ്:  ഒപ്പ്:

തീയതി:

സമയം:  3 PM-ന് അതിന് മുമ്പ്  
 3 PM-ന് ശേഷം



നിങ്ങൾക്ക് നേരിട്ട ആകസ്മിക വിധിയോടൊപ്പം ഞങ്ങൾ അനുശോചനം അറിയിക്കുന്നു. ഇത് നിങ്ങൾക്ക് ദുഃഖകരമായ സാഹചര്യമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ അവസരത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ മികച്ച പിന്തുണ നൽകേണ്ടത് ഞങ്ങളുടെ ഉത്തരവാദിത്തമാണ്. നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം അനായാസം ഫയൽ ചെയ്യാൻ ഈ ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം സഹായിക്കും. നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം കഴിയാവുന്നതും വേഗം തീർപ്പാക്കാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കുന്നതിന്, ഈ ഫോം യഥാമതിയായ പൂരിപ്പിച്ച് ഉചിതമായ രേഖകൾ സഹിതം സമർപ്പിക്കുകയും നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കുകയും ചെയ്യുക.

## പ്രധാന വിവരങ്ങൾ

- അവകാശവാദി മാത്രമേ ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കാവൂ. അവകാശവാദിക്ക് പ്രായപൂർത്തിയായിട്ടില്ലെങ്കിൽ, രക്ഷാകർത്താവിന് നിയുക്തനായ വ്യക്തിക്ക് ഫോം പൂരിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.
- ഒരാറ്റ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുകയും ബാധകമായ എല്ലാ പോളിസി നമ്പറുകളും നൽകുകയും ചെയ്തുകൊണ്ട്, ഒന്നിലധികം പോളിസികൾക്ക് കീഴിലുള്ള ക്ലെയിമുകൾ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യാൻ കഴിഞ്ഞേക്കാം.
- ഒന്നിലധികം അവകാശവാദികളുണ്ടാകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ഓരോ അവകാശവാദിക്കും വെവ്വേറെ ഫോമുകൾ ആവശ്യമാണ്.
- പ്രസ്താവനകൾ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ച ശേഷം നിങ്ങൾ സാധാരണയായി ചെയ്ത് ഒപ്പിടുന്ന അതേ രീതിയിൽ ക്ലെയിം ഫോമിൽ ഒപ്പിടുക.
- ഈ ക്ലെയിം ഫോമിന്റെ എല്ലാ പേജിലും അവകാശവാദി ഒപ്പിടണം.
- പോളിസിയുടെ എല്ലാ നിബന്ധനകളുടെയും വ്യവസ്ഥകളുടെയും പൂർത്തീകരണത്തിന് വിധേയമായാണ് ക്ലെയിം നൽകപ്പെടുന്നത്.
- ഈ ക്ലെയിം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യാൻ ആർക്കും ഫീസോ കമ്മീഷനോ നൽകരുത്.
- നിർബന്ധമായും ആവശ്യമുള്ള വിവരങ്ങളെയാണ് നക്ഷത്രചിഹ്നം (\*) സൂചിപ്പിക്കുന്നത്. പെൻഷൻ ക്ലെയിം- വിഭാഗം എ, ബി, ഇ എന്നിവ നിർബന്ധമായും പൂരിപ്പിക്കണം; ഡെത്ത് ക്ലെയിം (അപകടമല്ലാത്തത്) - വിഭാഗം എ, ബി, സി, ഇ; ഡെത്ത് ക്ലെയിം (അപകടത്താലുള്ളത്) - എല്ലാ വിഭാഗങ്ങളും നിർബന്ധമായും പൂരിപ്പിക്കണം.

## ഫോം പൂരിപ്പിക്കാനുള്ള പ്രധാന മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ക്ലെയിം ഫോമിലെ എല്ലാ പീൽഡുകളും അവകാശവാദി വലിയക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കണം.
- വിഭാഗം എ: അവകാശവാദി, NEFT മാൻഡേറ്റ് എന്നിവയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ**
- പോളിസി നമ്പറുകളും അക്ഷരങ്ങളും സ്പഷ്ടവും വായിക്കാൻ കഴിയുന്നതുമായിരിക്കണം.
  - നിങ്ങളുടെ വിലാസവും ഫോൺ നമ്പറുകളും ഇമെയിൽ ഐഡിയും ഉപയോഗത്തിലുള്ളവയായാണെന്നും സജീവമായാണെന്നും ഉറപ്പുവരുത്തുക, കാരണം ഇവ മുഖേന മാത്രമാണ് ആശയവിനിമയം നടത്തപ്പെടുന്നത്.
  - പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും അനുസൃതമായി നൽകാനാകുന്ന ക്ലെയിമിന് വിധേയമായി, ക്ലെയിം നേരിട്ട് നിങ്ങളുടെ ബാങ്കിലേക്ക് ട്രാൻസ്ഫർ ചെയ്യാൻ ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തരാക്കുന്നതിന് NEFT ഫോം പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിക്കുകയും അതോടൊപ്പം ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്കിന്റെ/ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് പാസ്ബുക്കിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.
  - ആശയവിനിമയത്തിന് താൽപ്പര്യപ്പെടുന്ന ഭാഷയായി ഒരു ഭാഷ മാത്രം തിരഞ്ഞെടുക്കുക.
- വിഭാഗം ബി: ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ**
- "മറ്റുള്ളവ" എന്ന ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിടത്തേല്ലാം, നൽകിയിരിക്കുന്ന ഇടത്ത് വിശദാംശങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക.
  - ആവശ്യമായി വരുമ്പോഴെല്ലാം പിന്തുണയ്ക്കുന്ന രേഖകൾ നൽകുക.
- രസീത് സ്ലിപ്പ് കൈവരും സൂക്ഷിക്കുക, HDFC ലൈഫ് പ്രതിനിധികൾ ആവശ്യപ്പെടുമ്പോഴെല്ലാം അത് ഹാജരാക്കുക.
- വിഭാഗം സി: ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ**
- ചികിത്സിച്ച ഫിസീഷ്യൻ നൽകുന്ന എല്ലാ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകളുമായും രേഖകളുമായും സർട്ടിഫിക്കേഷനുമായും ബന്ധപ്പെട്ട്, അത്തരം രേഖ / സർട്ടിഫിക്കേഷൻ നൽകാൻ ഇന്ത്യൻ നിയമങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ഫിസീഷ്യൻ യോഗ്യതയുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുക.
  - ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾ മറച്ചുവയ്ക്കുന്നത് ക്ലെയിം അസാധുവാകുന്നതിന് ഇടയാക്കാം.
- വിഭാഗം ഡി: അപകടം/കൊലപാതകം/ആത്മഹത്യ കാരണമുള്ള മരണത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ**
- അപകടത്തിന്റെ വിശദമായ വിവരണം നൽകുക
  - PMR, FIR സമർപ്പിക്കുക/കൂട്ടിച്ചേർക്കുക, അല്ലാത്തപക്ഷം അത് ലഭ്യമല്ലാത്തതിന്റേയോ നൽകാത്തതിന്റേയോ കാരണം വ്യക്തമായി പ്രസ്താവിക്കുക.
- വിഭാഗം ഇ: പ്രസ്താവനയും അംഗീകരണവും**
- നിശ്ചയിച്ച ഇടങ്ങളിൽ ഒപ്പും ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങളും നൽകുക.
  - ഞങ്ങളുടെ സേവനത്തെ വിധിയിരുത്താൻ മറക്കരുത്.

## സാധുതയുള്ള തിരിച്ചറിയൽ, വിലാസം തെളിയിക്കൽ രേഖകളുടെ പട്ടിക (സമർപ്പിച്ച രേഖയ്ക്ക് ശരിയടയാളമിടുക)

ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ രേഖ (ഏതെങ്കിലുമൊന്ന്)	വിലാസം തെളിയിക്കൽ രേഖ (ഏതെങ്കിലുമൊന്ന്)
<input type="checkbox"/> ആധാർ കാർഡ് <input type="checkbox"/> സാധുതയുള്ള പാസ്പോർട്ട് <input type="checkbox"/> വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ് <input type="checkbox"/> പാൻ കാർഡ് <input type="checkbox"/> വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ് <input type="checkbox"/> സാധുതയുള്ള ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് <input type="checkbox"/> ഫോട്ടോ പതിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക് <input type="checkbox"/> ക്ഷേ/സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കുള്ള ഐഡി കാർഡ്	<input type="checkbox"/> ആധാർ കാർഡ് <input type="checkbox"/> സാധുതയുള്ള പാസ്പോർട്ട് <input type="checkbox"/> വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ് <input type="checkbox"/> സാധുതയുള്ള ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് <input type="checkbox"/> 6 മാസത്തിലധികമാകാത്ത യൂട്ടിലിറ്റി ബിൽ (വൈദ്യുതി/ഫോൺ ബിൽ) <input type="checkbox"/> ഫോട്ടോ പതിച്ച ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക്

## സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ

നിർബന്ധമായും സമർപ്പിക്കേണ്ടവ	അധികമായി വേണ്ടിവരുന്നവ
അസ്സൽ പോളിസി രേഖ	അസുഖം മൂലമുള്ള ആശുപത്രിവാസം / മരണം
തദ്ദേശസ്ഥാപനം നൽകുന്ന മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്	മരണകാരണം വ്യക്തമാക്കുന്ന മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്
അവകാശവാദിയുടെ ആധാർ കാർഡ്, പാൻ വിശദാംശങ്ങൾ	മുമ്പ് കൈക്കൊണ്ട എല്ലാ ചികിത്സകളുടെയും മെഡിക്കൽ രേഖകൾ. (അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ഹിസ്റ്ററി/പ്രോഗ്രസ്സ് ഷീറ്റ്, വിടുതൽ/മരണ സംഗ്രഹം, പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടുകൾ തുടങ്ങിയവ)
ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ ആധാർ കാർഡ്, പാൻ വിശദാംശങ്ങൾ	അപകടത്താലുള്ള മരണം
ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്ക്, ശവസംസ്കാരം നടത്തിയതിന്റെ രസീത്, ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തി ശമ്പളക്കാരനായിരുന്നെങ്കിൽ എംപ്ലോയീ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്	പ്രഥമ വിവര റിപ്പോർട്ട് (FIR), പഞ്ചനാമ/ഇൻകസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ട്, പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് (PMR), ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്, പോലീസ് അന്തിമ റിപ്പോർട്ട്, രാസപരിശോധനാ റിപ്പോർട്ട് എന്നിവയുടെയും, പേപ്പർ കട്ടിംഗുകൾ എന്തെങ്കിലും ലഭ്യമെങ്കിൽ (ബാധകമാണെങ്കിൽ) അവയുടെയും, ബാധകമാകുന്ന മറ്റു കാര്യങ്ങളുടെയും പകർപ്പ്.

നിരാകരണം: ആവശ്യമെങ്കിൽ, കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ/ രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടാനുള്ള അവകാശം HDFC സ്റ്റാൻഡേർഡ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്.

ഇവിടെ ഒപ്പിടുക

അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ്

വിഭാഗം എ\*

പോളിസി വിശദാംശങ്ങൾ

പോളിസി നമ്പർ(നമ്പറുകൾ):
ക്രെയിം ഫോം പൂരിപ്പിക്കാൻ സഹായിച്ചത്:
മുകളിൽ HDFC ലൈഫ് ജീവനക്കാരൻ / ബന്ധുക്കൾ എന്ന ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുത്തെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ
ബന്ധുവിന്റെ/ ജീവനക്കാരന്റെ പേര്:
മൊബൈൽ നമ്പർ:

അവകാശവാദിയുടെ പുതിയ പാസ്‌പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ പതിക്കുക

അവകാശവാദിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

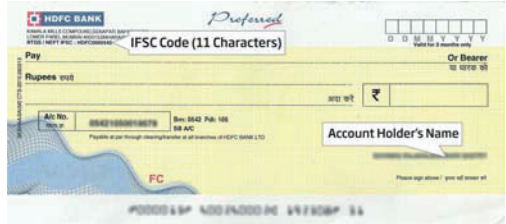
അവകാശവാദിയുടെ പേര്:
ജനനത്തീയതി:
വിലാസം:
B U I L D I N G
R O A D N A M E / N O.
L A N D M A R K .
C I T Y / V I L L A G E
D I S T R I C T S T A T E

പിൻകോഡ്:
ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ:
ഓഫീസ് പ്ലാന്റേജിൽ വ്യക്തിഗത ഇമെയിൽ ഐഡി:
ജോലി വിവരങ്ങൾ:
പ്രതിമാസ വരുമാനം (രൂപയിൽ)
ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയായുള്ള ബന്ധം:
അവകാശവാദിയുടെ പദവി:
അവകാശവാദിയുടെ പാൻ:
അവകാശവാദിയുടെ ആധാർ നമ്പർ:

അവകാശവാദി പൊതുപദവിയിലുള്ളയാളാണോ (PEP)?
താൽപ്പര്യപ്പെടുന്ന ആശയവിനിമയ രീതി:
താൽപ്പര്യപ്പെടുന്ന ആശയവിനിമയ ഭാഷയ്ക്ക് ശരിയടയാളമിടുക:

അവകാശവാദിയുടെ NEFT മാൻവേറ്റ്/ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ

കൂട്ടികൾക്കുള്ള പ്ലാനുകളുടെ സാഹചര്യത്തിൽ, ഗുണഭോക്താവ് പ്രായപൂർത്തിയായ ആളാണെങ്കിൽ, ഗുണഭോക്താവിന്റെ അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ:
അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്:
ബാങ്കിന്റെ പേരും ശാഖയും:
അക്കൗണ്ട് തരം
\*NRE അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും അടച്ചു:
\*\*NRE അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് ആനുപാതിക പ്രീമിയങ്ങൾ അടച്ചു:
IFSC:



ശ്രദ്ധിക്കുക:

- NEFT മാൻവേറ്റിനൊപ്പം അക്കൗണ്ട് നമ്പറും IFSC-യും ഉള്ള ക്യാൻസൽ ചെയ്ത വ്യക്തിഗത ചെക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
HDFC ലൈഫിലെ എല്ലാ പോളിസികൾക്കായും ക്രെയിം മുൻ ഏതെങ്കിലും NEFT മാൻവേറ്റുകൾ ടാഗ് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ മാൻവേറ്റ് പ്രോസസ് ചെയ്യുമ്പോൾ അവ അസാധുവാക്കപ്പെടും.
NEFT പരാജയപ്പെടുകയോ മാൻവേറ്റിൽ തീർച്ചപ്പെടുത്താത്ത കൂടുതൽ ആവശ്യകതകൾ ഉണ്ടാവുകയോ ചെയ്യുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, പുതിയ NEFT മാൻവേറ്റ് ലഭിക്കുന്നത് വരെ പേഴ്സ് അടത്തുവയ്ക്കപ്പെടും.
\*NRE അക്കൗണ്ടിനുള്ള റിബണ്ട് (പുറംസ്തംഭമായതോ ആനുപാതികമായതോ) NRE അക്കൗണ്ടിലൂടെ നൽകപ്പെട്ട പ്രീമിയത്തിന്റെ (പ്രീമിയങ്ങളുടെ) അനുപാതത്തിന് വിധേയമാണ്.
\*\*ആനുപാതിക പേഴ്സിന്റെ സാഹചര്യത്തിൽ, രണ്ട് NEFT മാൻവേറ്റുകൾ നൽകുക - അതായത്, ഒന്ന് NRE അക്കൗണ്ടിനും മറ്റൊന്ന് നോൺ-NRE അക്കൗണ്ടിനും.

പ്രസ്താവന:

- മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
എങ്കിലും തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ കാരണത്താൽ ഇടപാട് വൈകുകയോ പ്രാബല്യത്തിൽ വരാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, HDFC സ്റ്റാൻഡേർഡ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനോ ("HDFC ലൈഫ്") അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും അസോസിയേറ്റുകൾക്കോ ഏജന്റുമാർക്കോ ഉത്തരവാദിത്തം ഉണ്ടായിരിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു.
എങ്കിലും തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ കാരണത്താൽ, HDFC ലൈഫിനോടുകൂടി എല്ലാ നഷ്ടങ്ങളും വകവെച്ചുകൊടുക്കുമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു.

തീയതി:
നമ്പരം:
ഇവിടെ ഒപ്പിടുക
അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ്



വിഭാഗം ബി

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ ആശുപത്രിവാസ വിവരങ്ങൾ

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് ഇനിപ്പറയുന്ന അസുഖം നിർണ്ണയിക്കുകയോ/ ബാധിക്കുകയോ/ അതിന് ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?
രക്താതിസമ്മർദ്ദം (പ്രമേഹം) ഹൃദ്രോഗങ്ങൾ കരൾ രോഗം വൃക്കരോഗം
അർബുദം മറ്റുള്ളവ S P E C I F Y

രോഗം/അസുഖം ആദ്യം നിർണ്ണയിച്ച തീയതി
D D M M Y Y Y Y

നിങ്ങളുടെ അടുത്ത കുടുംബാംഗങ്ങൾക്ക് ആർക്കെങ്കിലും ഇതേ അസുഖം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടോ?
ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഇത് തുടക്കത്തിൽ നിർണ്ണയിച്ചത് എപ്പോഴാണെന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക:

Table with 10 columns for names and 2 columns for dates (DDMMYY) for family members.

ഔട്ട്പേഷ്യന്റ്/ ഇൻപേഷ്യന്റ് തീയതികൾ ഉൾപ്പെടെ, ലഭിച്ച ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Table with 10 columns for names and 2 columns for dates (DDMMYY) for medical treatments.

ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിച്ചത്: അടിയന്തര സാഹചര്യത്തിൽ മുൻകൂട്ടി തിരുമാനിച്ച പ്രകാരം ഡേ കെയർ പ്രസവത്തിന് ബാധകമല്ല

ശസ്ത്രക്രിയ ഇല്ലെങ്കിൽ, നൽകിയ ചികിത്സ:

ആശുപത്രിവാസം പരുക്ക് മൂലമാണോ: അതെ അല്ല
അതെയെങ്കിൽ, കാരണം നൽകുക: സ്വയം പരുക്കേൽപ്പിച്ചത് റോഡപകടം ലഹരിമരുന്ന് ഉപയോഗം

ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്യുമ്പോഴുള്ള അവസ്ഥ: വീട്ടിലേക്ക് ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്തു മറ്റൊരു ആശുപത്രിയിലേക്ക് ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്തു മരണപ്പെട്ടു

മരണകാരണം വ്യക്തമാക്കുന്ന മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്: ലഭ്യമാണ് ലഭ്യമല്ല ദയവായി ഉൾപ്പെടുത്തുക/കുട്ടിച്ചേർക്കുക. ലഭ്യമല്ലെങ്കിൽ, കാരണം പ്രസ്താവിക്കുക.

Table with 10 columns for names and 2 columns for dates (DDMMYY) for medical details.

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വൈദ്യപരിശോധനാ ചരിത്രം (പോളിസി റിസ്ക് എടുത്ത തീയതി മുതൽ അവസാന അഞ്ചുവർഷത്തേക്കുള്ളത്)
പോളിസി RCD മുതൽ അവസാന 5 വർഷത്തിനിടയിൽ ഒന്നിലധികം ഡോക്ടർമാർ പരിശോധിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, എല്ലാ വിശദാംശങ്ങളും പരാമർശിക്കുന്ന മറ്റൊരു പേജ് കൂട്ടിച്ചേർക്കുക.

ഡോക്ടറുടെ പേര്: F I R S T L A S T

ആശുപത്രി വിഭാഗം: 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 പിൻകോഡ്:

ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങൾ:

പരിശോധനാ തീയതികൾ: D D M M Y Y Y Y

പരിശോധനാ കാരണങ്ങൾ:

ഡോക്ടറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

അവസാന കാലത്തെ അസുഖം ചികിത്സിച്ചിരുന്ന ഡോക്ടർ: F I R S T L A S T

ആശുപത്രി വിഭാഗം: 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 പിൻകോഡ്:

ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങൾ: O F F I C E M O B I L E

കുടുംബ ഡോക്ടർ: F I R S T L A S T

ആശുപത്രി വിഭാഗം: 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 പിൻകോഡ്:

ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങൾ: O F F I C E M O B I L E

മരണം സ്ഥിരീകരിച്ച ഡോക്ടർ: F I R S T L A S T

ആശുപത്രി വിഭാഗം: 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 പിൻകോഡ്:

ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള വിവരങ്ങൾ: O F F I C E M O B I L E

ഇവിടെ ഒപ്പിടുക
അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ്



വിഭാഗം ഇ\*

പ്രസ്താവനയും അംഗീകരണവും

- മുകളിൽ പൂരിപ്പിച്ച സമർപ്പിച്ച എല്ലാ വിവരങ്ങളും എന്റെ പരമാവധി അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും കൃത്യമാണെന്നും സത്യമാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യമാണെന്നും പിഴവിലാത്തവയാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ ഉറപ്പുനൽകുന്നു. മാത്രമല്ല, ഞാൻ എന്തെങ്കിലും തെറ്റായതോ വാസ്തവമല്ലാത്തതോ ആയ പ്രസ്താവന നടത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലോ നടത്തുകയാണെങ്കിലോ, എന്തെങ്കിലും വസ്തുതകൾ ഒളിച്ചുവയ്ക്കുകയോ മൂടിവയ്ക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിലോ, മേൽപ്പറഞ്ഞ ചെലവുകളുടെ ക്ലെയിം ലഭിക്കാനുള്ള എന്റെ അവകാശം പൂർണ്ണമായും നഷ്ടമാകുമെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
ഈ ഫോം സമർപ്പിക്കുകയെന്നാൽ, അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്യപ്പെടുമെന്ന അർത്ഥമില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കി അംഗീകരിക്കുന്നു.
പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള ഏതൊരു പേഴ്സോണും കർമ്മമായും പോളിസി നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അനുസരിച്ചായിരിക്കുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കി അംഗീകരിക്കുന്നു.
എന്തൊരു പേയ്മെന്റും അവസാനം പുതുക്കിയ പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് പൂർത്തീകരണത്തിന് വിധേയമായിരിക്കും.
HIV/എയിഡ്സ് എന്നിവയും മറ്റും ഉൾപ്പെടെ, LA-യുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് മുമ്പുള്ളതും നിലവിലുള്ളതുമായ എല്ലാ ചികിത്സാ വിവരങ്ങളും HDFC ലൈഫിന് വെളിപ്പെടുത്താൻ എല്ലാ വൈദ്യപരിശോധനാ സ്ഥാപനങ്ങളെയും (മെഡിക്കൽ ലാബുകൾ ഉൾപ്പെടെ) സർക്കാർ വകുപ്പുകളെയും (പോലീസ്, റവന്യൂ തുടങ്ങിയവ) ഞാൻ ചുമതലപ്പെടുത്തുന്നു.
ഈ പ്രസ്താവനയുടെ ഒരു ഫോട്ടോ കോപ്പി സാധ്യതയുള്ളതായും പ്രാബല്യത്തിലുള്ളതായും പരിഗണിക്കപ്പെടും.
ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി, അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് റിസ്ക്, ക്ലെയിം തീർപ്പാക്കൽ എന്നിവയുമ്പെടുടെയുള്ള സേവനങ്ങൾക്കായി ഏതൊരു റിഇൻഷുറൻസും ഇൻഷുറൻസ് അസോസിയേഷനും മെഡിക്കൽ അതോറിറ്റികൾക്കും മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് ഭാഗാക്കൾക്കും നിയമനിർവ്വഹണ സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും തൊഴിൽദാതാവിനും കോടതിക്കും സർക്കാർ സ്ഥാപനത്തിനും അന്വേഷണ ഏജൻസി ഉപയോഗിക്കുന്ന റെഗുലേറ്റർക്കും അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സേവന ദാതാവിനും (ഭാഗാക്കൾക്കും) എന്റെ താൽപ്പര്യങ്ങൾ വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാനും (അത്തരം പങ്കിടലിന് എന്റേ പ്രത്യേക സമ്മതം നേടാതെ തന്നെ) ലഭ്യമാക്കാനും ഞാൻ HDFC ലൈഫിനെ ചുമതലപ്പെടുത്തുകയും അതിനുള്ള സമ്മതം ഇതിനാൽ ഞാൻ നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു.

Form fields for personal details including name, date of birth, gender, and contact information.

അവകാശവാദി തന്റെ പെരുവിലയായാളും പതിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു/ മാതൃഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിരിക്കുന്നു/ അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ല

Form fields for the declarant's details, including name, address, and contact information.

HDFC സ്റ്റാൻഡേർഡ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്. IRDAI രജിസ്ട്രേഷൻ നം. 101.
രജി. ഓഫീസ്: പതിമൂന്നാമത്തെ നില, ലോയ എക്സലൻസ്, അപ്പോളോ മിൽസ് കോമ്പൗണ്ട്, N.M. ജോഷി മാർഗ്ഗ്, മഹാലക്ഷ്മി, മുംബൈ - 400 011 CIN: L65110MH2000PLC128245.

വ്യക്തിഗത ഡെത്ത് ക്ലെയിം ഫോം - ഉപഭോക്താവിനുള്ള രസീത് പകർപ്പ്

Table with 4 columns: Policyholder Name, Date of Birth, Insured Name, and Insured Address.

സമർപ്പിച്ച രേഖകൾ

Table listing required documents such as Original Policy, ID Proof, Address Proof, and Medical Reports.

നിരാകരണം: ആവശ്യമെങ്കിൽ, കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ/ രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടാനുള്ള അവകാശം HDFC സ്റ്റാൻഡേർഡ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്.