PSNF074511071850
Comp/July/Int/4887

Health Revival Form

(Easy Health, Health Assured, Cancer Care and Cardiac Care)

हेल्थ रिवाइवल फ़ॉर्म

(ईज़ी हेल्थ, हेल्थ एश्योर्ड, कैंसर केयर और कार्डिएक केयर)

For official use only
केवल कार्यालय के उपयोग के लिए
Branch:
शाखा:
Receipt date and time:
प्राप्त करने का दिनांक और समय:
Received by:
प्राप्तकर्ता:
Interaction ID:
इंटरैक्शन आईडी:

HDFC Life
Sar utha ke jiyo!

Policy Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐
पॉलिसी का नंबर:

Name of the Policyholder: ____________________
पॉलिसीहोल्डर का नाम:

Tick on a policy type पॉलिसी के प्रकार पर टिक करें

☐ Easy Health (EAH) ईज़ी हेल्थ (ईएएच)
☐ Cardiac Care (CRC) कार्डिएक केयर (सीआरसी)
☐ Health Assured (HRI/HRN) हेल्थ एश्योर्ड (एचआरआई/ एचआरएन)
☐ Cancer Care (CAN) कैंसर केयर (सीएएन)

General Rules सामान्य नियम

1. Premium needs to be paid as communicated by the branch.
   प्रीमियम का भुगतान ब्रांच द्वारा दी गई सूचना के अनुसार किया जाना चाहिए.
2. If the policy is not revived within 60 days from the date of payment of revival premium, then refund will be initiated and the Policy will not be revived.
   अगर इस पॉलिसी को रिवाइवल प्रीमियम के भुगतान की तिथि से 60 दिनों के अंदर रिवाइव नहीं किया जाता है, तो रीफ़ंड की प्रक्रिया शुरू हो जाएगी और पॉलिसी रिवाइव नहीं होगी.

Please fill the Short Medical Questionnaire (SMQ) below.
कृपया नीचे लघु मेडिकल प्रश्नावली (SMQ) की पूर्ति करें.

SHORT MEDICAL QUESTIONNAIRE (SMQ): Details of the Life to be Insured
लघु मेडिकल प्रश्नावली (एसएमक्यू): इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति के विवरण

Name of the Life to be Insured: ____________________
इंश्योरेंस लेने वाले व्यक्ति का नाम:

Personal Details **व्यक्तिगत विवरण**	Life Assured 1 बीमित व्यक्ति 1	Life Assured 2 बीमित व्यक्ति 2	Life Assured 3 बीमित व्यक्ति 3	Life Assured 4 बीमित व्यक्ति 4	Life Assured 5 बीमित व्यक्ति 5
1. Life Assured Name: Mr./Ms./Mrs. बीमित व्यक्ति का नाम; श्री/सुश्री/श्रीमती					
2. a) Height (cms): ________ ऊंचाई (सेमी): b) Weight (kgs): ________ वज़न (किग्रा):					
3. Nationality राष्ट्रीयता					
4. Occupation: पेशा: ☐ Salaried वेतनभोगी ☐ Self-Employed स्वयं का रोज़गार ☐ Student विद्यार्थी ☐ Housewife हाउसवाइफ़					
If Salaried, mention Company Name & Designation अगर वेतनभोगी हैं, तो कंपनी का नाम और पद बताएं					
If Self-employed, mention business/occupation अगर स्वयं का रोज़गार हैं, तो व्यवसाय/ पेशे का उल्लेख करें					
if others, please specify यदि अन्य है, तो कृपया निर्दिष्ट करें					
5. Annual Income (INR) वार्षिक आय (INR)					

Please attach/enclose a separate sheet in case space is inadequate.
अगर स्थान अपर्याप्त हो, तो कृपया अलग से शीट अटैच करें/लगाएं.

Health Assure हेल्थ एश्योर

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice) हेल्थ से जुड़े सवाल (कृपया अपनी पसंद इंगित करने के लिए ✓ का उपयोग करें)	Yes हां	No नहीं
1) Do you or any other life to be insured currently suffer or have ever suffered from high blood pressure, diabetes, cancer, chest pain, heart disorder, joint disorder or any liver or kidney disorder? क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले किसी अन्य व्यक्ति को वर्तमान में या कभी भी उच्च रक्त चाप, डायबिटीज़, कैंसर, सीने में दर्द, हृदय संबंधी विकार, जोड़ों के विकार या लीवर अथवा गुर्दे से संबंधित विकार हुआ है?	☐	☐
2) Do you or any other life to be insured currently suffer or have ever suffered from any other chronic medical ailment or have any physical deformity or handicap of any kind? क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले किसी अन्य व्यक्ति को वर्तमान में या कभी भी कोई अन्य लंबी अवधि की चिकित्सीय बीमारी हुई है या उन्हें किसी भी तरह की कोई शारीरिक विकृति या अपंगता हुई है?	☐	☐
3) From the date of lapsation of this policy, have you or any other life to be insured been hospitalised, undergone a surgery or taken treatment for a continuous period exceeding 7 days? इस पॉलिसी के कालातीत की तिथि से लेकर क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती किया गया था या उनकी सर्जरी की गई थी या 7 दिनों से ज़्यादा लगातार अवधि के लिए उपचार लिया है?	☐	☐
4) From the date of lapsation of this policy, have you or any other life to be insured experienced any recurring health problem or undergone any medical investigation other than routine health checks? इस पॉलिसी के लैप्सेशन की तिथि से लेकर क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति को स्वास्थ्य से संबंधित बार-बार होने वाली कोई समस्या हुई थी या नियमित हेल्थ जांच को छोड़कर कभी कोई चिकित्सीय जांच हुई है?	☐	☐
5) Have you or any other life to be insured's proposal for insurance or application for reinstatement for life, health or accident insurance ever been declined, postponed, withdrawn, accepted at extra premium or subjected to any special terms? क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति के इंश्योरेंस के प्रस्ताव या लाइफ़, हेल्थ अथवा एक्सिडेंट इंश्योरेंस को फिर से चालू करने के प्रस्ताव को अस्वीकार, विलंबित, वापस लिया या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया या उस पर कोई विशिष्ट शर्तें लगाई गईं?	☐	☐
6) Have you or any other life to be insured ever made any claim on any health policy including any employer paid group policy? क्या आप या इंश्योर किए जाने वाले किसी भी व्यक्ति ने कभी भी नियोक्ता द्वारा गुगतान की गई समूह पॉलिसी सहित किसी भी हेल्थ पॉलिसी पर कोई दावा किया है?	☐	☐

Additional Details (If you have answered Yes to any of the above)
अतिरिक्त विवरण (अगर आपने ऊपर दिए गए किसी भी प्रश्न का उत्तर, हां दिया है)

	Life Assured 1 बीमित व्यक्ति 1	Life Assured 2 बीमित व्यक्ति 2	Life Assured 3 बीमित व्यक्ति 3	Life Assured 4 बीमित व्यक्ति 4	Life Assured 5 बीमित व्यक्ति 5
Insured Name इंश्योर्ड का नाम					
Relevant question from form इनकी ओर से प्रासंगिक प्रश्न					
Name of ailment/condition, nature of symptom बीमारी/ स्थिति का नाम, लक्षण की प्रकृति					
Date of first diagnosed/ treated or symptom(s) identified पहली बार निदान किए जाने/ उपचार किए जाने या लक्षणों को पहचानने की तिथि					
Details of investigation(s) done, Please include caters की गई जांच (जांचें), कृपया पूर्ति को शामिल करें					
Details of past and current treatment, please include dates पुराने और मौजूदा उपचार के विवरण, कृपया तिथि शामिल करें					
Whether fully cured/ recovered or still undergoing treatment क्या पूरी तरह ठीक हो गया/ रिकवर हो गया है या अभी भी उपचार ले रहे हैं					

Please attach/enclose a separate sheet in case space is inadequate.
अगर स्थान अपर्याप्त हो, तो कृपया अलग से शीट अटैच करें/लगाएं.

CARDIAC CARE कार्डिएक केयर

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice) हेल्थ से जुड़े सवाल (कृपया अपनी पसंद इंगित करने के लिए ✓ का उपयोग करें)	Yes हां	No नहीं
1. a) Do you consume tobacco in the form of cigarette/beedi or chewable tobacco or any other form? If yes, please mention quantity per day ____________________ क्या आप सिगरेट/बीड़ी या चबाने योग्य तंबाकू या किसी अन्य स्वरूप में लेते हैं? अगर हां, तो कृपया प्रतिदिन ली जाने वाली मात्रा बताएं	☐	☐
b) In the past five years, have you consumed narcotics e.g. heroin, Cocaine, Cannabis, LSD, Ganja or other habit forming drugs? पिछले पांच वर्षों में क्या आपने मादक पदार्थ उदा हेरोइन, कोकेन, भांग, एलएसडी, गांजा का सेवन किया है या लत वाली दवाओं का सेवन किया है?	☐	☐
c) Do you consume more than 15 units of alcohol per week? [1 Unit of Alcohol: 1 unit of alcohol equals to 30ml of hard liquor/one pint of beer/half glass of wine] क्या आप हर सप्ताह 15 यूनिट से अधिक मात्रा में अल्कोहल का सेवन करते हैं? [1 यूनिट अल्कोहल: 1 यूनिट अल्कोहल 30मिली हार्ड लिकर/एक पिंट बीयर/आधा ग्लास वाइन के बराबर होता है]	☐	☐
2. Have any two or more of your first degree relatives (father, mother, sister or brother) suffered from heart conditions like Coronary Artery disease, Heart valve disease, Stroke, Cardiomyopathy, Arrhythmia or Sudden Cardiac Death before the age of 55 years? क्या आपके कोई दो या उससे ज़्यादा नज़दीकी सगे-संबंधियों को (पिता, माता, बहन या भाई) हृदय-संबंधी किसी स्थिति जैसे कोरोनरी आर्टरी रोग, हृदय के वाल्व का रोग, स्ट्रोक, कार्डियोमायोपैथी, एरिथ्रिया या 55 वर्ष की आयु के पहले अचानक हृदयाघात से मृत्यु हुई है?	☐	☐
3. Has your proposal for life insurance, accident, medical or health related insurance ever been declined, postponed, withdrawn or accepted at extra premium due to health/medical grounds? क्या लाइफ़ इंश्योरेंस, एक्सिडेंट, मेडिकल या हेल्थ संबंधी इंश्योरेंस को कभी हेल्थ/मेडिकल आधार पर अस्वीकार, लंबित, वापस लिया या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया है?	☐	☐
4. Have you suffered from or have undergone investigation or treatment or are you currently suffering from: क्या निम्न बीमारियों के कारण आपकी कभी जांच की गई है, या आपका उपचार किया गया है या आप वर्तमान में इन बीमारियों से पीड़ित हैं:		
a) heaviness or pain or discomfort in chest or palpitations (rapid or irregular heartbeats) हृदय में भारीपन या दर्द या सीने में परेशानी या पैल्पिटेशन (हृदय दर तेज़ होना या अनियमित होना)	☐	☐
b) black outs (loss of consciousness), dizziness, persistent headache, अंधेरा छा जाना (बेहोश होना), चक्कर आना, लगातार सिरदर्द,	☐	☐
c) epileptic fits, swelling of lower limbs, एपिलेप्टिक दौरे आना, निचले अंगों में सूजन होना,	☐	☐
d) Shortness of breath of exertion, recurrent cough थकान के कारण कम सांस आना, बार बार खांसी होना	☐	☐
e) cholesterol, triglycerides or blood sugar higher than normal lab range कोलेस्ट्रॉल, ट्रायग्लिसराइड्स या ब्लड शुगर का लैब जांच की सामान्य सीमा से अधिक होना	☐	☐
5. Have you suffered from or been through investigations or treatment or are you currently suffering from or are awaiting medical or surgical treatment for: क्या आप निम्न बीमारियों में से किसी से पीड़ित रहे हैं या इनके लिए आपकी कभी जांच की गई है, या उपचार किया गया है या वर्तमान में इन बीमारियों का आपका चिकित्सीय या सर्जिकल उपचार किए जाने की प्रतीक्षा कर रहे हैं:		
a) Heart Attack, Coronary Artery Disease, Hypertension, Diabetes or any form of arrhythmia हृदयाघात, कोरोनरी आर्टरी रोग, हाइपरटेंशन, डायबिटीज़ या किसी भी रूप में एरिथ्रिया	☐	☐
b) Heart Valve disease, Rheumatic Heart Disease, Heart Failure हृदय के वाल्व संबंधी रोग, रुमेटिक हृदय रोग, हृदय गति रुकना	☐	☐
c) Transient Ischemic Attack (TIA), Paralysis or Stroke ट्रांज़िएंट इस्केमिक अटैक (टीआईए), लकवा या स्ट्रोक	☐	☐
d) Any other disease of the heart or blood vessels in the brain हृदय या मस्तिष्क की रक्त वाहिनियों से संबंधित कोई दूसरी बीमारी	☐	☐
6. Are you or your spouse/partner suffering from or have been advised to undergo tests related to HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C or any other sexually transmitted diseases? क्या आप या आपका जीवनसाथी/पार्टनर एचआईवी/एड्स, हेपेटाइटिस बी और हेपेटाइटिस सी या यौन रूप से संक्रमित होने वाले किसी दूसरे रोग से पीड़ित हैं, या आपको कभी भी इनसे संबंधित परीक्षण का सुझाव दिया गया है?	☐	☐
7. Have you suffered from any illness, disorder, disability or injury in the last 4 years which has required the following Investigations: ECG, CTMT, Angiography, 2D Echo, MRI/CT Scan of brain/heart/chest or any other test for brain, heart and blood vessels? क्या आप कभी कोई बीमारी, विकार, अक्षमता या चोट का शिकार हुए हैं या क्या आप पिछले 4 वर्षों में किसी ऐसी बीमारी, विकृति, अक्षमता से पीड़ित रहे हैं, जिसके लिए इसकी आवश्यकता हो जांचें: ईसीजी, सीटीएमटी, एंजियोग्राफ़ी, 2D ईको, मस्तिष्क/हृदय/सीने का एमआरआई/सीटी स्कैन या मस्तिष्क, हृदय और रक्त की कोई अन्य जांच?	☐	☐
8. Are you suffering from any congenital condition, disease or deformity? क्या आप किसी जन्मजात बीमारी, रोग या विकृति से पीड़ित हैं?	☐	☐

Question number प्रश्न नंबर	Details if marked 'Yes' विवरण, अगर 'हां' चिह्नित किया गया है
	For Q.Nos. 4 to 8: Please provide details such as nature of Illness/Accident/exact diagnosis, Date of Diagnosis/Event, Name of Doctor, Details of Investigations Done, date of last consultation, treatment in patient/out patient, whether under medical and fully recovered or not. For Q.1a & c: Please provide Form of consumption and Quantity consumed per day. For Q.No.2: provide details on Relation to the life to be assured, disease, age of diagnosis, alive/deceased and current age or age at death. प्रश्न नं 4 से 8 के लिए कृपया बीमारी की प्रकृति/दुर्घटना/सटीक निदान, निदान/घटना की तिथि, डॉक्टर का नाम, की गई जांच के विवरण, पिछली बार परामर्श की तिथि, इन-पेशेंट/आउट पेशेंट उपचार, क्या चिकित्सीय देखभाल में हैं या पूरी तरह ठीक हो गए हैं या नहीं इसके विवरण दें. Q.1a और c के लिए: कृपया प्रतिदिन सेवन करने के स्वरूप और मात्रा के बारे में बताएं. Q.नं.2 के लिए: बीमित किए जाने वाले व्यक्ति, उनकी बीमारी, निदान की आयु, जीवित रहने/मृत्यु और मौजूदा आयु या मृत्यु की तिथि के बारे में विवरण दें.

CANCER CARE कैंसर केयर

Health Questions (Please use ✓ to indicate choice) हेल्थ से जुड़े सवाल (कृपया अपना विकल्प इंगित करने के लिए का उपयोग करें)	Yes हां	No नहीं
1. In the past 12 months have you smoked cigarette/beedi or consumed tobacco in any form? *If answer is "Yes" पिछले 12 महीनों में क्या आपने सिगरेट/बीड़ी का धूम्रपान किया है या किसी भी रूप में तंबाकू का सेवन किया है? *अगर उत्तर "हां" है a. How many cigarettes/beedi do you smoke daily? No. of Cigs ___________ आप रोज़ कितनी सिगरेट/बीड़ी पीते हैं? सिगरेट की संख्या b. How many grams of tobacco do you consume daily? Gms of tobacco _________ आप रोज़ कितने ग्राम तंबाकू का सेवन करते हैं? तंबाकू की मात्रा ग्राम में	☐	☐
2. Have you availed insurance cover under Stand-alone Cancer product through HDFC Standard Life Insurance Company Limited or through any other issuer/insurer in the Indian insurance market such that the total cover including the cover in this policy exceeds INR 50 lakhs? क्या आपने एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य जारीकर्ता/भारतीय इंश्योरेंस मार्केट के किसी भी जारीकर्ता के ज़रिए स्टैंड-अलोन कैंसर उत्पाद के तहत इस तरह का इंश्योरेंस कवर लिया है, जिससे इस पॉलिसी में मौजूद कवर सहित कुल कवर 50 लाख रु. से अधिक होता है?	☐	☐
3. Have you suffered from or received investigation or treatment for any form of cancer, sarcoma, tumour or pre-cancerous conditions? क्या आपको कभी भी कैंसर, सारकोमा, ट्यूमर या प्री-कैंसरस स्थिति रही है या आपका उनके किसी भी स्वरूप के लिए जांच या उपचार किया गया है?	☐	☐
4. Are you suffering from HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C or Liver disease due to alcohol? क्या आपको अल्कोहल के कारण HIV/AIDS, हेपेटाइटिस B, हेपेटाइटिस C या लीवर का रोग हुआ है?	☐	☐
5. Have you suffered from or been investigated for any of the following from the period of lapsation: क्या आप इसके कालातीत होने की अवधि से निम्न में से किसी से भी पीड़ित रहे हैं या आपकी इनमें से किसी के लिए जांच की गई है:		
a. Recurrent cough, hoarseness of voice or difficulty in swallowing for a continuous period of 15 days? लगातार 15 दिनों की अवधि तक बार-बार होने वाली खांसी, आवाज़ में भारीपन या निगलने में परेशानी?	☐	☐
b. Any persistent loss of blood or unusual discharge from anybody opening? शरीर के किसी भी खुले भाग से लगातार खून बहना या असामान्य स्राव होना?	☐	☐
c. Weight loss more than 5 kg in the last 6 months? (other than a targeted weight loss programme) पिछले 6 महीनों में 5 किग्रा से ज़्यादा वज़न कम होना? (वज़न कम करने के लक्षित प्रोग्राम को छोड़कर)	☐	☐
d. Any ulceration, growth, cyst or lump in any part of the body? शरीर के किसी भी अंग में कोई अल्सर, वृद्धि, सिस्ट या लम्प बनना?	☐	☐
e. Any persistent headache, epileptic fits, sudden vision loss or hearing loss? लगातार होने वाला सिरदर्द, मिर्गी के दौरे, दिखाई देनाया सुनाई देनाअचानक बंद हो जाना?	☐	☐
6. Have you undergone any of the listed investigations from the period of Lapsation(if applicable) क्या इसके कालातीत होने की तिथि के बाद से आपकी नीचे दी गई कोई भी जांच हुई है (अगर लागू हो) ☐ Ultrasound* अल्ट्रासाउंड* ☐ CT Scan/ MRI सीटी स्कैन/ एमआरआई ☐ Mammography मेमोग्राफ़ी ☐ Endoscopy/Colonoscopy एंडोस्कोपी/ कोलोनोस्कोपी ☐ Blood test for cancer diagnosis (Tumour Marker) कैंसर के निदान के लिए रक्त की जांच (ट्यूमर मार्कर) ☐ PAP Smear * पीएपी स्मीयर* ☐ Biopsy बायोप्सी; *Other than those done as a part of executive health check or routine investigation *एक्ज़िक्यूटिव हेल्थ चेक या नियमित जांच के भाग के रूप में की गई जांच को छोड़कर	☐	☐
7. Have any of your parents (below 60 years), sisters or brothers suffered from any form of cancer? क्या आपके माता-पिता में से कोई (60 वर्ष से कम आयु), बहन या भाई किसी भी प्रकार के कैंसर से पीड़ित हैं?	☐	☐
8. Has your proposal for life insurance, accident, medical or health related insurance ever been declined, postponed, withdrawn or accepted at extra premium on the grounds of medical conditions other than elevated cholesterol/ blood sugar/ blood pressure/ build? क्या लाइफ़ इंश्योरेंस, एक्सिडेंट, मेडिकल या हेल्थ संबंधी इंश्योरेंस को कभी भी बढ़े हुए कोलेस्ट्रॉल/रक्त शर्करा/रक्त दाब/बिल्ड को छोड़कर किसी अन्य चिकित्सीय स्थिति के आधार पर अस्वीकार किया गया, विलंबित किया गया, वापस लिया गया या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकृत किया गया है?	☐	☐

Declaration of Good Health
अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

I confirm that I have never had any disorder of the heart or circulatory system, chest pain, high blood pressure, stroke, epilepsy, asthma, tuberculosis or other lung disorder, cancer, tumour/lumps of any kind, increased blood sugar, cholesterol and blood disorder, hepatitis or other liver disorder, genitourinary or kidney disorder, mental or nervous disorder, musculoskeletal disorders, HIV infection or a positive HIV antibody ("AIDS") test, any other sexually transmitted disease, any other chronic medical ailment, coughing/vomiting of blood, stones in the kidney or gall bladder, joint pains, arthritis, weight loss of more than 5 kg in six months (other than through a targeted weight loss program), congenital/ genetic defect, disabilities/deformities with the use of mechanical/physical assistance for mobility.

मैं यह पुष्टि करता/करती हूं कि मुझे कभी भी संचरण तंत्र, हृदय में दर्द, उच्च रक्त दाब, स्ट्रोक, मिर्गी, अस्थमा, ट्युबरक्युलॉसिस या फ़ेफ़ड़ों से संबंधित कोई अन्य विकार, कैंसर, किसी भी प्रकार का ट्यूमर/लंप, बढ़ी हुई रक्त शर्करा, कोलेस्ट्रॉल या रक्त संबंधी विकार, हेपेटाइटिस या लीवर का कोई अन्य विकार, यौन-संबंधी या किडनी संबंधी विकार, मानसिक या तत्रिका-तंत्र संबंधी विकार, मांसपेशी-कंकाल तत्र संबंधी विकार, एचआईवी संक्रमण या पॉज़िटिव एचआईवी एंटीबॉडी ("एड्स") परीक्षण, यौन रूप से संक्रमित होने वाला कोई अन्य रोग, कोई अन्य चिकित्सीय गंभीर बीमारी, खांसी/रक्त की उल्टी, किडनी या गॉल ब्लेडर में पत्थर, जोड़ों में दर्द, गठिया, छः माह में वज़न में 5 किलो से ज़्यादा कमी (वज़न कम करने के लक्षित प्रोग्राम को छोड़कर), जन्मजात/आनुवांशिक दोष, ऐसी अक्षमता/विकृतियां नहीं हुई हैं, जिनमें चलने-फिरने में यांत्रिक/भौतिक सहायता के उपकरणों का उपयोग होता है.

I confirm that I have not had any abnormal or adverse finding in any medical test.

मैं पुष्टि करता/करती हूं कि मुझमें किसी भी चिकित्सीय जांच में असामान्य या विपरीत निष्कर्ष नहीं मिले हैं.

I confirm that I am not currently suffering from any disease or a change in health conditions for which I am planning to see a doctor or get myself investigated.

मैं पुष्टि करता/करती हूं कि मैं वर्तमान में किसी भी बीमारी से पीड़ित नहीं हूं या मेरी स्वास्थ्य स्थितियों में ऐसा कोई भी बदलाव नहीं हुआ है, जिसके लिए मैं डॉक्टर से मिलने की या किसी जांच की योजना बना रहा/रही हूं.

In the past 5 years I have not had any medical condition, illnesses, diseases, disorders, disability, surgery or treatment which has required me to be absent from work for at least 7 consecutive days or admitted in hospital for at least 4 consecutive days or sought Out Patient treatment (OPD) for more than 6 days.

पिछले 5 वर्षों में मुझे कोई चिकित्सीय स्थिति, बीमारी, रोग, विकार, अक्षमता नहीं हुई है, मेरा कोई शल्यक्रिया या उपचार नहीं हुआ है जिसके लिए मुझे अपने काम से कम से कम 7 लगातार दिनों तक अनुपस्थित रहना पड़े या कम से कम 4 लगातार दिनों तक अस्पताल में भर्ती होना पड़ा हो या मैंने 6 दिनों से ज़्यादा अवधि के लिए आउट पेशेंट उपचार (ओपीडी) लिया हो.

I confirm that on medical/health grounds, none of my or any of the insured's 'insurance proposal or renewal/reinstatement application for Life, Health, Critical Illness or Accident insurance has ever been declined, deferred, withdrawn or accepted on special terms.

मैं पुष्टि करता/करती हूं कि मेरे या इंश्योर किए गए किसी भी व्यक्ति के लाइफ़, हेल्थ, गंभीर बीमारी या एक्सिडेंट इंश्योरेंस के प्रस्ताव या नवीनीकरण/बहाली के प्रस्ताव को चिकित्सीय/स्वास्थ्य आधार पर कभी भी अस्वीकार, विलंबित नहीं किया गया, वापस नहीं लिया गया या विशेष शर्तों पर स्वीकार नहीं किया गया है.

None of the insured(s) under this policy have made any claim on any health/critical illness/Accident or Disability policy including any employer paid group policy.

इस पॉलिसी के किसी भी इंश्योर्ड व्यक्ति (व्यक्तियों) ने नियोक्ता द्वारा भुगतान की गई ग्रुप पॉलिसी सहित हेल्थ/गंभीर बीमारी/एक्सिडेंट या अक्षमता की पॉलिसी में कोई भी दावा नहीं है.

I confirm that I am not pregnant (for female applicant's only) . Currently all insured(s) are in good physical and mental health.

मैं पुष्टि करता/करती हूं कि मैं गर्भवती (केवल महिला आवेदकों के लिए हूं). मौजूदा सभी इंश्योर किए गए व्यक्ति शारीरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ हैं.

Declarations & Authorisations
घोषणाएं और प्रमाणीकरण

Declaration & Authorisations on behalf of all persons proposed to be insured
इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणाएं और प्रमाणीकरण

- I hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I am authorised to propose on behalf of these other persons.

  मैं अपनी ओर से और इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से एतद्वारा घोषणा करता/करती हू कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं और यह कि मेरे पास इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने का प्राधिकार है.

- I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the HDFC Standard Life Insurance Company Ltd. ("Company") and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

  मैं समझता/समझती हूं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी से इंश्योरेंस पॉलिसी का आधार बनेगा, वह एचडीएफ़सी स्टैंडर्ड लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (कंपनी) बोर्ड द्वारा स्वीकृत अंडरराइटिंग पॉलिसी के अधीन है और यह कि पॉलिसी केवल लगाए जाने योग्य प्रीमियम की पूरी प्राप्ति के बाद ही प्रभावशील होगी.

- I understand that all information provided in this proposal form/electronic proposal form ("Proposal Form") and any attachments are material to the Insurer's decision to provide this insurance, and that insurance will be provided, at the Company's sole discretion, in reliance upon the truth of such information.

  मैं यह समझता/समझती हूं कि इस प्रस्ताव फ़ॉर्म/इलेक्ट्रॉनिक प्रस्ताव फ़ॉर्म ("प्रस्ताव फ़ॉर्म") में प्रदान की गई सभी जानकारी और सभी अटैचमेंट यह इंश्योरेंस प्रदान करने के इंश्योरर के फैसले के मद्देनज़र महत्वपूर्ण हैं, और यह कि इंश्योरेंस, पूरी तरह कंपनी के विवेक पर, ऐसी जानकारी पर भरोसे के आधार पर निर्भर होगा.

- I further declare that I will notify in writing, any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the Company.

  मैं यह भी घोषणा करता/करती हूं कि प्रस्ताव सबमिट करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकार करने की सूचना देने के पहले इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के पेशे या आम स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव की सूचना लिखित में करूंगा/करूंगी.

- I consent to the Company or any of its authorised representatives seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

  मैं चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने की इच्छुक कंपनी या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को ऐसे किसी भी डॉक्टर से जिसने इंश्योर किए गए व्यक्ति/प्रस्तावक की जांच की हो, या उसके किसी भी पिछले या मौजूदा नियोक्ता से ऐसी कोई भी बात पूछने की जिससे एंश्योर किए गए व्यक्ति/प्रस्तावक का शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता है और किसी भी ऐसी इंश्योरेंस कंपनी से जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूं, जिसमें एंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के प्रस्ताव हेतु इंश्योरेंस की अंडरराइटिंग और/या दावा निबटान के उद्देश्य के लिए प्रस्ताव किया गया था.

- I further consent and authorise the Company or any of its authorised representatives to seek medical information from any doctor/ hospital/ consultant/ insurer that I or any person proposed to be insured has attended or may attend in future concerning any disease or illness in respect to a particular claim.

  इसके अलावा मैं कंपनी को या उसके किसी भी अधिकृत प्रतिनिधि को ऐसे किसी भी डॉक्टर/अस्पताल/परामर्शदाता/इंश्योरर से इंश्योर किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्ति की चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूं जिसे मैंने या किसी अन्य व्यक्ति ने इंश्योर किए जाने की सहमति दी है, जिसने इंश्योर किए जाने वाले व्यक्ति की बीमारी/रोग, किसी विशिष्ट दावे के संबंध में जांच की हो.

- I further consent and authorise the Company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

  मैं कंपनी को यह भी सहमति देता/देती हूं और अधिकृत करता/करती हूं कि वह चिकित्सा रिकॉर्ड सहित मेरे प्रस्ताव से जुड़ी जानकारी प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और/या दावे के निबटान के एकमात्र उद्देश्य से और किसी सरकारी और/या विनियामक प्राधिकारी से ऐसी जानकारी साझा कर सकती है.

- I agree to the Company taking appropriate measures to capture the voice log for all such telephonic transactions carried out by me, in accordance with procedures/regulations.

  मैं इस बात से सहमत हूं कि कंपनी प्रक्रियाओं/विनियमों के अनुसार मेरे साथ हुए ऐसे सभी टेलीफ़ोनिक ट्रांज़ेक्शन के वॉइस लॉग को कैप्चर कर सकती है.

- I voluntarily give my consent to collect, process, receive, possess, store, deal or handle my/our sensitive personal data or information [as defined in the Information Technology (Reasonable security practices and procedures and sensitive personal data or information) Rules 2011 as amended from time to time], with/from third parties/ vendors associated with the Company for various purposes and outsourced activities exclusively related to issuance/servicing/settlement of claim as required under the policy.

  मैं स्वैच्छिक रूप से अपने/हमारे संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या जानकारी [जैसा कि समय समय पर संशोधित सूचना प्रौद्योगिकी नियम 2011 (उचित सुरक्षा प्रक्रियाएं और कार्यविधियां और संवेदनशील व्यक्तिगत डेटा या जानकारी) में परिभाषित किया गया है] को अद्वितीय रूप से पॉलिसी के तहत आवश्यक इंश्योरेंस/सर्विस प्रदान करने/दावे का निबटान करने के लिए कंपनी के साथ संबद्ध ऐसे सभी तृतीय पक्षों विक्रेताओं के साथ/उनसे विभिन्न प्रयोजनों और आउटसोर्स की गई गतिविधियों के लिए एकत्रित करने, प्रोसेस करने, प्राप्त करने, रखने, संग्रहीत करने, उसमें व्यवहार करने और उसे हैंडल करने की सहमति देता/देती हूं.

- I hereby also declare that I have read and understood the product as described in the sales literature and the sales illustration. I have read the entire text, features, disclosures, exclusions, terms and conditions while applying for insurance/revival.

  मैं एतद्वारा यह भी घोषणा करता/करती हूं कि मैंने विक्रय के साहित्य और बिक्री के उदाहरणों में बताए अनुसार उत्पाद को पढ़ लिया है और उसे समझ लिया है. मैंने इंश्योरेंस/रिवाइवल के लिए आवेदन करते समय संपूर्ण पाठ, विशेषताएं, प्रकटीकरण, अपवर्जन, नियम और शर्तें पढ़ ली हैं.

- I understand that any false declaration or misrepresentation may be liable for rejection of the Proposal Form or the contract of insurance shall be treated null and void from inception of the contract. Fraud/ misrepresentation/ misstatement/ forfeiture/ suppression of material facts would be dealt with in accordance with the provisions of Section 45 of Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

  मैं यह समझता/समझती हूं कि किसी भी गलत घोषणा या गलत बयानी के लिए प्रस्ताव फ़ॉर्म को अस्वीकार करने के लिए मैं जिम्मेदार रहूंगा/रहूंगी और इंश्योरेंस की संविदा, संविदा की शुरुआत से ही व्यर्थ और शून्य हो जाएगी. तथ्यों के संबंध में धोखाधड़ी/गलत प्रस्तुतिकरण/गलत बयानी के बारे में समय-समय पर संशोधित इंश्योरेंस अधिनियम 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के तहत कार्रवाई की जाएगी.

Name of the Policyholder: ____________________
पॉलिसीहोल्डर का नाम:

SIGN HERE
यहां हस्ताक्षर करें

Date: DD/MM/YYYY Place: ____________________
तिथि: स्थान:

Signature of Policyholder
पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

Declaration to be made by a third person
तीसरे व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा

The Policyholder has affixed his/her thumb impression/has signed in vernacular/has not filled the application. I hereby declare that the content of this application form has been explained to the Policyholder in______________________ language and have truthfully recorded the answers provided to me. I further declare that the Policyholder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/ अपनी भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन प्रपत्र नहीं भरा है. मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूं कि इस आवेदन फ़ॉर्म की विषयवस्तु पॉलिसीधारक को ______________________ भाषा में समझा दी गई थी और मैंने उसके द्वारा प्रदान किए गए उत्तरों को ईमानदारी रिकॉर्ड किया है. मैं यह भी घोषणा करता/करती हूं कि पॉलिसीधारक ने हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान मेरी उपस्थिति में लगाया है.

Name of the Declarant: ______________________
घोषणाकर्ता का नाम:

Address: ______________________
पता:

Date: DD/MM/YYYY Place: ______________________
तिथि: स्थान:

SIGN HERE
यहां हस्ताक्षर करें

Signature of Third Person
तीसरे व्यक्ति के हस्ताक्षर

HDFC Life Insurance Company Limited [Formerly HDFC Standard Life Insurance Company Limited] (HDFC Life). CIN: L65110MH2000PLC128245. IRDAI Registration No. 101.
Regd. Off: 13th Floor, Lodha Excelus, Apollo Mills Compound, N.M. Joshi Marg, Mahalaxmi, Mumbai - 400 011.

एचडीएफसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड [पहले एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड] (एचडीएफसी लाइफ). सीआईएन: L65110MH2000PLC128245. आईआरडीआई रजिस्ट्रेशन संख्या- 101.
रजिस्ट्रेशन ऑफ़िस: 13वीं लोधा, लोधी एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई- 400011.

Customer Acknowledgement Copy - (Health Revival Form -Easy Health, Health Assured, Cancer Care and Cardiac Care)
ग्राहक अभिस्वीकृति कॉपी - (हेल्थ रिवाइवल फ़ॉर्म-ईज़ी हेल्थ, हेल्थ एश्योर्ड, कैंसर केयर और कार्डिएक केयर)

Policy No.: ______________________
पॉलिसी नं.:

Interaction ID No.: ______________________
इंटरैक्शन आईडी नं.:

Policyholder's Name: ______________________
पॉलिसीधारक का नाम:

Documents accepted (specify):
स्वीकृत दस्तावेज़ (निर्दिष्ट करें):

Customer Relations Officer: ______________________ Date: DD/MM/YYYY Time: ______________________
ग्राहक संबंध अधिकारी: तिथि: समय:

HDFC Life Stamp
एचडीएफसी लाइफ़ स्टैम्प

Call 1860-267-9999 (local charges apply). DO NOT prefix any country code e.g. +91 or 00. Available Mon-Sat from 10 am to 7 pm | Email – service@hdfclife.com | NRIservice@hdfclife.com (For NRI customers only) Visit – www.hdfclife.com. CIN: L65110MH2000PLC128245.

1860-267-9999 पर कॉल करें (स्थानीय शुल्क लागू होंगे). (शुरुआत में देश का कोई भी कोड उदा +91 या 00 न लगाएं.) सोमवार-से शनिवार सुबह 10 बजे से शाम 7 बजे तक उपलब्ध | ईमेल - service@hdfclife.com | NRIservice@hdfclife.com (केवल एनआरआई ग्राहकों के लिए) www.hdfclife.com. पर जाएं, सीआईएन: L65110MH2000PLC128245.