

# सदस्य सूचना फॉर्म - DOGH

रेगुलेटेड एंटीटी

[महत्वपूर्ण नोट: किसी भी रद्दीकरण और परिवर्तन के आवेदन पर सदस्य का काउंटर-साईन होना ज़रूरी है कृपया खाली फॉर्म पर हस्ताक्षर न करें]



Sarutha ke jyo!

प्लान:	<input type="checkbox"/> HDFC लाइफ़ ग्रुप क्रेडिट सुरक्षा (माइक्रो-इंश्योरेंस प्रोडक्ट) <input type="checkbox"/> HDFC लाइफ़ ग्रुप जीवन सुरक्षा (माइक्रो-इंश्योरेंस प्रोडक्ट)
--------	---

सम अश्योर्ड (INR) _____	प्रीमियम (INR) _____	कवर अवधि (वर्ष) <input type="checkbox"/>	अधिस्थगन अवधि <input type="checkbox"/>
प्रीमियम भुगतान विकल्प: रेगुलर <input type="checkbox"/> सिंगल <input type="checkbox"/> लिमिटेड <input type="checkbox"/>	प्रीमियम भुगतान आवृत्ति: सिंगल <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> अर्ध वार्षिक <input type="checkbox"/>	तिमाही <input type="checkbox"/>	मासिक <input type="checkbox"/>
कवर के प्रकार: सिंगल लाइफ़ <input type="checkbox"/> जॉइंट लाइफ़ <input type="checkbox"/>			
मुख्य लाभ: _____ (स्थाई / घटता हुआ) ब्याज दर: <input type="checkbox"/> %			

<b>सदस्य का विवरण:</b> श्री/श्रीमती. <input type="checkbox"/>	जन्म तिथि / आयु (वर्ष): dd/mm/yyyy
पता: _____	लिंग: M/F/Tg
<b>जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड का विवरण</b> (यदि कोई है तो): श्री/श्रीमती. <input type="checkbox"/>	जन्म तिथि / आयु (वर्ष): dd/mm/yyyy
लिंग: M/F/Tg	सदस्य के साथ रिश्ता _____
<b>कानूनी अभिभावक का विवरण</b> (यदि सदस्य / जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड एक नाबालिग है): श्री/श्रीमती. <input type="checkbox"/>	ऋण खाता संख्या _____
जन्म तिथि / आयु (वर्ष): dd/mm/yyyy	लिंग: M/F/Tg
सदस्य के साथ रिश्ता / जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड _____	ऋण का प्रकार _____

नामिनी / नियुक्त व्यक्ति का विवरण:					
नाम	जन्म तिथि	लिंग	संपर्क नंबर	सदस्य से संबंध	
नामिनी:	dd/mm/yyyy			यदि नामांकित	
नियुक्त व्यक्ति:	dd/mm/yyyy			व्यक्ति 18 वर्ष से कम उम्र का है तो	

**स्वास्थ्य अच्छा होने की घोषणा**

- क्या आप पूरी तरह स्वस्थ हैं?  हाँ  नहीं
- क्या आप कभी भी, किसी भी रोग, बीमारी, व्याधि या विकलांगता के लिए किसी भी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजर चुके हैं या गुजरने वाले हैं?  हाँ  नहीं
- क्या आप कभी भी किसी ऐसी बीमारी/रोग से पीड़ित रहे हैं या वर्तमान में हैं जिसके लिए 7 से अधिक दिनों तक इलाज की ज़रूरत हो या आप कभी 7 से अधिक दिनों के लिए काम से अनुपस्थित रहे हों?  हाँ  नहीं

केवल महिलाओं के लिए:

- क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं?  हाँ  नहीं
- यदि प्रश्न (1) का उत्तर हाँ है तो, कृपया कितने हफ्तों से गर्भवती हैं ये उल्लेख करें \_\_\_\_\_ (कृपया गर्भावस्था की प्रश्नावली संलग्न करें)
- क्या आप कभी भी स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय ग्रीवा, अंडाशय या प्रजनन प्रणाली के किसी भी अन्य भाग की किसी भी बीमारी से पीड़ित रही हैं?  हाँ  नहीं

II. क्या आप किसी खतरनाक प्रकृति के किसी भी व्यवसाय, खेल या कार्य-क्षेत्र में शामिल हैं या होने का इरादा रखते हैं?  हाँ  नहीं

III. क्या आपका भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के तहत अपराधी होने का इतिहास है?  हाँ  नहीं

IV. क्या आपके जीवन बीमा का कोई भी प्रस्ताव या पॉलिसी का रिवाइवल, इस कंपनी से या किसी अन्य बीमा कंपनी से पॉलिसी की प्रस्तावित शर्तों के अलावा किसी अन्य कारण की वजह से स्थगित / अस्वीकार / स्वीकृत किया गया है?  हाँ  नहीं

**भुगतान प्राधिकरण (यदि लागू है तो)**  
 मैं यह घोषणा करता हूँ कि मैंने मैसर्स \_\_\_\_\_ ("मास्टर पॉलिसीधारक") से ऋण लिया है. उक्त ऋण को सुरक्षित करने के लिए मैंने HDFC स्टैंडर्ड लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ("HDFC लाइफ़") से ऊपर बताई गई पॉलिसी ली है. उक्त ऋण प्राप्त करने के तहत मैं HDFC लाइफ़ को उसके द्वारा ऊपर बताए गए ग्रुप लाइफ़ इंश्योरेंस स्कीम / पॉलिसी के अंतर्गत आने वाली आकस्मिक घटना के होने पर देय दावे की आय से कटौती करके मास्टर पॉलिसीधारक को बकाए ऋण की शेष राशि का भुगतान करने के लिए अधिकृत करता हूँ.

गवाह के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान* नाम और पता: _____	बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान दिनांक और जगह: _____
व्यवसाय _____	

\* गवाह के हस्ताक्षर, पता और व्यवसाय बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर के साथ है

एक तीसरे व्यक्ति द्वारा यह घोषणा की जाए कि: a) सदस्य ने अपने अंगूठे के निशान को संलग्न किया है; या b) सदस्य ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं; या c) सदस्य ने आवेदन पत्र ही नहीं भरा है.  
 मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने इस आवेदन पत्र की विषय-वस्तु को \_\_\_\_\_ भाषा में सदस्य को समझाया है और मैंने दिए गए उत्तरों को सच्चाई से दर्ज किया है. मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि सदस्य ने मेरी मौजूदगी में अपने अंगूठे के निशान लगाकर हस्ताक्षर / सम्मिलित किए हैं.

गवाह के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान* नाम और पता: _____	बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान^ दिनांक और जगह: _____	जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड (यदि है तो) के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान^ दिनांक और जगह: _____
व्यवसाय _____		

\* गवाह के हस्ताक्षर, पता और व्यवसाय बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर के साथ है

**सदस्य द्वारा घोषणा:** मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म और दस्तावेज़ की विषय-वस्तु को मुझे अच्छे से समझाया गया है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह से समझा है.

बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान	जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड (यदि है तो) के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
--	---

**किसी भी सदस्य या जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड के नाबालिग होने पर उसके कानूनी अभिभावक द्वारा घोषणा:** मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि सदस्य या जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड द्वारा भरे गए फॉर्म और दस्तावेज़ की जानकारी मेरे ज्ञान के हिसाब से बिलकुल सच और सही है.

कानूनी अभिभावक (यदि सदस्य नाबालिग है तो) के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान	कानूनी अभिभावक (यदि जॉइंट लाइफ़ अश्योर्ड नाबालिग है तो) के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान
---	--

**नोट: कृपया खाली फॉर्म पर हस्ताक्षर न करें**