सदस्य पंजीकरण फॉर्म - स्वास्थ्य अच्छा होने की घोषणा
रेगुलेटेड एंटिटी

HDFC Life
Sar utha ke jiyo!

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

प्लान:	☐ HDFC ग्रुप टर्म इंश्योरेंस प्लान	☐ HDFC लाइफ़ ग्रुप क्रेडिट प्रोटेक्ट	☐ HDFC लाइफ़ ग्रुप क्रेडिट प्रोटेक्ट प्लस
विकल्प:	लागू नहीं	लागू नहीं	☐ लाइफ़ विकल्प ☐ एक्स्ट्रा लाइफ़ विकल्प ☐ टर्मिनल लाइफ़ विकल्प ☐ क्रिटिकल लाइफ़ विकल्प 1 ☐ क्रिटिकल लाइफ़ विकल्प 2 ☐ लाइफ़ डिसेबिलिटी विकल्प

सम अश्योर्ड (INR) ____________ प्रीमियम (INR) ____________ पॉलिसी अवधि (वर्ष) ☐☐ अधिस्थगन अवधि (वर्ष) ☐☐

मुख्य लाभ: ____________ ब्याज दर: ☐☐ %

लेवल/घटता हुआ *घटते विकल्प के लिए*

बीमाकृत व्यक्ति का विवरण: श्री/श्रीमती

FIRST MIDDLE LAST

पता:

जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)	लिंग	ऋण प्रकार
DDMMYYYY	☐M ☐F ☐Tg	____________

नॉमिनी / नियुक्त व्यक्ति का विवरण:

	नाम	जन्म तिथि	लिंग	संपर्क नंबर	सदस्य से संबंध
नॉमिनी:		dd/mm/yyyy			*बीमाकृत व्यक्ति*
नियुक्त व्यक्ति:		dd/mm/yyyy			*नॉमिनी, अगर नॉमिनी की आयु 18 साल से कम है तो*

स्वास्थ्य अच्छा होने की घोषणा:
मैं यह घोषणा करता हूँ कि मैं पूरी तरह स्वस्थ हूँ.

मैं एतद्वारा घोषित करता हूं कि, इस घोषणापत्र की तिथि तक, मैं निम्नलिखित बीमारियों से ना तो पहले कभी पीड़ित हुआ था, ना कभी पीड़ित रहा हूँ और ना ही वर्तमान में पीड़ित हूँ: उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द, दिल का दौरा या किसी भी अन्य हृदय की बीमारी; स्ट्रोक, क्षणिक इस्केमिक का दौरा या किसी भी अन्य सेरेब्रोवैस्कुलर रोग; मधुमेह या किसी अन्य एंडोक्राइनल बीमारी; गुर्दे की बीमारी; HIV/एड्स या एड्स संबंधित रोग; किसी भी तरह का कैंसर या ट्यूमर; अस्थमा या किसी अन्य श्वसन रोग; किसी भी मानसिक या तंत्रिका रोग; हेपेटाइटिस या कोई अन्य लीवर रोग; रक्त विकार; पाचन और आंत्र विकार; अपस्मार, शारीरिक या हड्डियों की विकलांगता, रीढ़ या मांसपेशियों के किसी भी अन्य विकार; किसी भी अन्य बीमारी, विकार या विकलांगता, जो ऊपर उल्लेखित नहीं भी हैं और मामूली हानि जैसे कि आम खांसी या ठंड को छोड़कर या वर्तमान में वैद्यकीय स्थितियों से पीड़ित नहीं हूँ. मैं किसी भी बीमारी, रोग, पीड़ा या विकलांगता के लिए किसी भी सर्जिकल प्रक्रिया से नहीं गुज़रा और ना ही गुज़रने की संभावना रखता हूँ. पिछले 5 वर्षों में, मुझे 7 से अधिक दिनों तक किसी भी प्रकार के इलाज की ज़रुरत नहीं पड़ी या 7 दिनों से अधिक समय के लिए मैं काम से अनुपस्थित नहीं रहा.

महिलाओं के लिए: मैं यह घोषित करती हूं कि वर्तमान में मैं गर्भवती नहीं हूं या गर्भावस्था की जटिलताओं के कारण या किसी अन्य कारण से मुझे गर्भपात या गर्भस्राव या सिज़ेरियन सेक्शन से नहीं गुजरना पड़ा, मैंने ऐसी किसी संतान को जन्म नहीं दिया, जिसे कोई जन्मजात विकार हो जैसे कि डाउन सिंड्रोम, जन्मजात हृदय रोग, आदि और मुझे कभी भी स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय ग्रीवा, अंडाशय या प्रजनन तंत्र के किसी भी अन्य भाग की कोई बीमारी नहीं हुई है.

मैं यह भी घोषित करता हूं कि, इस घोषणापत्र की तिथि तक, मैं किसी खतरनाक प्रकृति के किसी भी व्यवसाय, खेल या कार्य-क्षेत्र में शामिल नहीं रहा हूँ या होने का इरादा नहीं रखता हूँ. मैं ये घोषित करता हूँ कि मेरा भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के तहत अपराधी होने का कोई भी इतिहास नहीं है.

मैं समझता हूं, सहमत हूं और पुष्टि करता हूं कि ये बयान और घोषणाएं बीमाकर्ता और पॉलिसीधारक के बीच अनुबंध का आधार हैं। अगर इसमें कोई भी असत्य वक्तव्य मौजूद है या किसी वास्तविक तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो पॉलिसीधारक के नाम पर बीमाकर्ता द्वारा जारी की जाने वाली पॉलिसी को जहां तक मेरा संबंध है, अमान्य माना जायेगा.

मैं पुष्टि करता हूं कि मैंने प्लान के नियमों और सभी अतिरिक्त नियमों, स्टैंडर्ड पॉलिसी प्रोविज़न्स और पॉलिसीधारक के नाम पर और मेरे जीवन पर बीमाकर्ता द्वारा जारी की गई पॉलिसी को नियंत्रित करने वाले सभी अतिरिक्त प्रोविज़न्स को पढ़ा है और समझ लिया है, और मैं सहमत हूं और पुष्टि करता हूँ कि यह मेरे लिए बाध्यकारी होंगे. मैं पॉलिसीधारक को अधिकार देता हूं कि वह बीमाकर्ता को हर वो जानकारी प्रदान करे जिनकी उन्हें ज़रुरत हो, जैसे कि ऊपर दी गई जानकारी और उसमें हुआ कोई भी परिवर्तन, और बीमाकर्ता द्वारा मेरे पास एकत्रित किए गए प्रीमियम से मेरे हिस्से के देय प्रीमियम का भुगतान करे. मैं समझता हूं कि किसी भी तरह का वैधानिक कर या कोई शुल्क जिसमे अप्रत्यक्ष टैक्स भी शामिल है, बीमाकर्ता द्वारा मुझ पर चार्ज किया जा सकता है और मैं उसका भुगतान करने के लिए सहमत हूं। मैं समझता हूं कि HDFC SLIC के पास बिना कोई कारण पेश किए प्रस्ताव को अस्वीकार करने का और क्लाइंट को एक उपक्रम दे कर उसके किसी भी दावे को खारिज करने का अधिकार है. मैं अनुबंध के महत्व को समझता हूं और यह अनुबंध बीमा कानून 1938 के प्रावधानों द्वारा समय-समय पर होने वाले बदलाव के अनुसार शासित होगा और यह तब तक शुरू नहीं होगा जब तक कि इस आवेदन की लिखित मंज़ूरी बीमाकर्ता द्वारा अपने सामान्य नियमों और शर्तों पर जारी नहीं की जाएगी.

भुगतान प्राधिकरण
मैं यह घोषणा करता हूं 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 हूं.

गवाह के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान* बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

नाम और पता: ____________

व्यवसाय ____________ दिनांक और जगह: ____________

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

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

घोषक का नाम और पता ____________ घोषक के हस्ताक्षर

बीमा करने वाले 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.

बीमा करवाने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
नोट: कृपया खाली फॉर्म पर हस्ताक्षर न करें