

सदस्य पंजीकरण फॉर्म - जॉइंट लाइफ - SMQ नॉन-रेगुलेटेड एंटीटी



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

प्लान:	<input type="checkbox"/> HDFC ग्रुप टर्म इंश्योरेंस प्लान	<input type="checkbox"/> HDFC लाइफ ग्रुप क्रेडिट प्रोटेक्ट प्लस
विकल्प:	लागू नहीं	<input type="checkbox"/> लाइफ विकल्प <input type="checkbox"/> एक्स्ट्रा लाइफ विकल्प <input type="checkbox"/> टर्मिनल लाइफ विकल्प <input type="checkbox"/> क्रिटिकल लाइफ विकल्प 1 <input type="checkbox"/> क्रिटिकल लाइफ विकल्प 2 <input type="checkbox"/> लाइफ डिसेबिलिटी विकल्प
सम अश्योर्ड (INR)	प्रीमियम (INR)	<input type="checkbox"/> लेवल <input type="checkbox"/> डिक्लीसिंग* *ब्याज दरम _____ %
पॉलिसी अवधि (वर्ष)	अधिस्थगन अवधि (वर्ष)	ऋण खाता क्रमांक
		ऋण प्रकार

प्राथमिक बीमाकृत व्यक्ति का विवरण: श्री/श्रीमती

F I R S T M I D D L E L A S T

पता:

जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)

D D M M Y Y Y Y

लिंग

M F Tg

द्वितीय बीमाकृत व्यक्ति का विवरण: श्री/श्रीमती

F I R S T M I D D L E L A S T

पता:

जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)

D D M M Y Y Y Y

लिंग

M F Tg

प्राथमिक बीमाकृत व्यक्ति के साथ सम्बन्ध

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

बीमा करवाने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य का विवरण:

- क्या आप कभी अतीत में या वर्तमान में इन बीमारियों से पीड़ित हुए हैं: (a) सीने में दर्द या दिल का दौरा या किसी भी अन्य हृदय रोग से (b) कैंसर, ट्यूमर, विकास या किसी भी प्रकार के सिस्ट से (c) स्ट्रोक, पक्षाघात, एपिलेप्सी, किसी भी मनोवैज्ञानिक / मानसिक विकार, मस्तिष्क/ तंत्रिका तंत्र के विकार या किसी प्रकार की शारीरिक विकलांगता से (d) अस्थिमा, टीबी या अन्य फेफड़ों के विकार से (e) मांसपेशियों, हड्डियों या जोड़ों, गठिया या रक्त विकार (एनीमिया) या किसी भी अंतःक्रियात्मक विकार से (f) रोग या विकार, गुर्दे की बीमारी, पाचन तंत्र (पेट, अग्न्याशय, पित्त मूत्राशय, आंत) यकृत, हेपेटाइटिस बी या सी या क्वथत / एड्स संक्रमण से (g) मधुमेह, उच्च रक्तचाप से.
- पिछले 5 वर्षों के दौरान क्या आप किसी भी बड़ी सर्जरी से गुजर चुके हैं या एक सप्ताह से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहे हैं?
- क्या आप किसी साहसिक खेल या शौक में हिस्सा लेते हैं? (जैसे पैराग्लाइडिंग, पर्वतारोहण, गहरे समुद्र में गोताखोरी, मोटर रेसिंग, बंजी जम्पिंग, आदि)
- क्या आप एक दिन में 10 से ज़्यादा सिगरेट पीते हैं?
- क्या आपके माता-पिता या भाई-बहनों में से किसी की भी मृत्यु 60 साल से पहले की उम्र में दिल के दौरे, स्ट्रोक, कैंसर, मधुमेह, एचआईवी की वजह से हुई है?
- क्या आप किसी तरह की दवाई ले रहे हैं या किसी चिकित्सक के पास किसी भी परिस्थिति, बीमारियों या हानि के तहत, जो उपर उल्लेखित नहीं हैं, अपना इलाज करवा रहे हैं (खांसी या डंड को छोड़कर)?
- केवल महिलाओं के लिए: (a) क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? (b) क्या गर्भावस्था की जटिलताओं के कारण या किसी अन्य कारण से आपको कभी गर्भपात या गर्भस्त्राव या सिज़ेरियन सेक्शन से गुजरना पड़ा है? (c) क्या आपने किसी ऐसी संतान को जन्म दिया है, जिसे कोई जन्मजात विकार हो जैसे कि डाउन सिंड्रोम, जन्मजात हृदय रोग, आदि? (d) क्या आपको कभी भी स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय ग्रीवा, अंडाशय या प्रजनन तंत्र के किसी भी अन्य भाग की कोई बीमारी हुई है?
- क्या आपको कभी किसी भी जीवन, स्वास्थ्य या दुर्घटना बीमा कवर के लिए किसी विशेष शर्त जैसे, कम कवर के साथ या किसी राहत के साथ अस्वीकृत, आस्थगित या स्वीकार किया गया है?
- क्या आपका भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के तहत अपराधी होने का इतिहास है?

प्राथमिक बीमाकृत व्यक्ति		द्वितीय बीमाकृत व्यक्ति	
हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
<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"/>

प्राथमिक बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान _____ दिनांक और जगह: _____

द्वितीय बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान _____ दिनांक और जगह: _____

हम समझते हैं, सहमत हैं और पुष्टि करते हैं कि ये बयान और घोषणाएँ बीमाकर्ता और पॉलिसीधारक के बीच अनुबंध का आधार हैं। अगर इसमें कोई भी असत्य वक्तव्य मौजूद है या किसी भी ज़रूरी तथ्य का खुलासा नहीं है, तो पॉलिसीधारक के नाम पर बीमाकर्ता द्वारा जारी की जाने वाली पॉलिसी को जहाँ तक हमारा संबंध होगा, अमान्य माना जायेगा।

हम पुष्टि करते हैं कि हमने प्लान के नियम और सभी अतिरिक्त नियम, स्टैंडर्ड पॉलिसी प्रोविज़न्स और पॉलिसीधारक के नाम पर और हमारे जीवन पर बीमाकर्ता द्वारा जारी किए गए, पॉलिसी को नियंत्रित करने वाले सभी अतिरिक्त प्रावधान को पढ़ा और समझा है, और हम सहमत हैं और पुष्टि करते हैं कि हम इसके प्रति बाध्यकारी होंगे। हम पॉलिसीधारक को ये अधिकार देते हैं कि वह बीमाकर्ता को हर वो जानकारी प्रदान करे जिनकी उन्हें ज़रूरत हो, जैसे कि ऊपर दी गई जानकारी और उसमें हुआ कोई भी परिवर्तन, और बीमाकर्ता द्वारा हमारे पास एकत्रित किए गए प्रीमियम में से हमारे हिस्से के देय प्रीमियम का भुगतान करे। मैं समझता हूँ कि किसी भी तरह का वैधानिक कर या कोई शुल्क जिसमें अप्रत्यक्ष टैक्स भी शामिल है, बीमाकर्ता द्वारा वर्तमान में या भविष्य में मुझ पर चार्ज किया जा सकता है और मैं उसका भुगतान करने के लिए सहमत हूँ। मैं समझता हूँ 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 हूँ 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 मंजूरी बीमाकर्ता द्वारा अपने सामान्य नियमों और शर्तों पर जारी नहीं की जाएगी।

गवाह के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान*

नाम और पता: _____

प्राथमिक बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक और जगह: _____

द्वितीय बीमाकृत व्यक्ति 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) 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 हूँ 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 हूँ 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