

# सदस्य पंजीकरण फॉर्म - SMQ नॉन-रेगुलेटेड एंटीटी



Sarutha 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:	<input type="checkbox"/> HDFC ग्रुप टर्म इश्योरेंस प्लान	<input type="checkbox"/> HDFC लाइफ ग्रुप क्रेडिट प्रोटेक्ट	<input type="checkbox"/> HDFC लाइफ ग्रुप क्रेडिट प्रोटेक्ट प्लस
विकल्प:	लागू नहीं	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) \_\_\_\_\_ पॉलिसी अवधि (वर्ष)   अधिस्थगन अवधि (वर्ष)

मुख्य लाभ: \_\_\_\_\_ ब्याज दर:   %  
लेवल/घटता हुआ घटते विकल्प के लिए

बीमाकृत व्यक्ति का विवरण: श्री/श्रीमती

पता:	_____
_____	_____

जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)	आय	लिंग	ऋण खाता नंबर	ऋण प्रकार
<input type="text"/>	_____ (वर्ष)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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

बीमा करवाने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य का विवरण:

	हाँ	नहीं
1. 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) अस्थमा, 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 क्वथ / एड्स संक्रमण से (g) मधुमेह, उच्च रक्तचाप से.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. क्या आप किसी साहसिक खेल या शौक में हिस्सा लेते हैं? (जैसे पैराग्लाइडिंग, पर्वतारोहण, गहरे समुद्र में गोताखोरी, मोटर रेसिंग, बंजी जम्पिंग, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. क्या आप एक दिन में 10 से ज़्यादा सिगरेट पीते हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. क्या आपके माता-पिता या भाई-बहनों में से किसी की भी मृत्यु 60 साल से पहले की उम्र में दिल के दौरों, स्ट्रोक, कैंसर, मधुमेह, एचआईवी की वजह से हुई है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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 ठंड को छोड़कर)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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 गर्भस्राव या सिजेरियन सेवशन 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. क्या आपका भारत या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के तहत अपराधी होने का इतिहास है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

दिनांक और जगह: \_\_\_\_\_

बीमाकृत सदस्य के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_

मैं समझता हूँ, सहमत हूँ और पुष्टि करता हूँ 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 हूँ 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 हूँ और पुष्टि करता हूँ कि यह मेरे लिए बाध्यकारी होगा। मैं पॉलिसीधारक को अधिकार देता हूँ 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 मेरे पास एकत्रित किए गए प्रीमियम से मेरे 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 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 शुरु 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\* \_\_\_\_\_

बीमाकृत सदस्य 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) 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 एतद 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 / सन्मिलित 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