

पाँलिसी की बहाली के लिए स्वास्थ्य के बारे में व्यक्तिगत विवरण

Personal details of Life Assured बीमित व्यक्ति का व्यक्तिगत विवरण

Page 1-4

e) Nervous system disorders such as paresis, transient ischaemic attack, paralysis, Stroke, Alzheimer, Parkinson's, meningitis, multiple sclerosis, epilepsy, blackouts, migraine or any other disorder or tumor of brain, spinal cord or nerves. Mental disorders such as major or minor depression, Obsessive Compulsive Disorder, addictions, uncured insomnia, anxiety or nervous breakdowns. तंत्रिका तंत्र से जुड़ी बीमारी जैसे पेरिसिस (केवल पेशियों का पक्षाघात), ट्रांज़िएंट इसेमिक आघात, लकवा, स्ट्रोक, अल्जाइमर, पार्किंसन्स, मेनिन्जाइटिस, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, मिर्गी, ब्लैकआउट्स, माइग्रेन या कोई अन्य विकार या मस्तिष्क, स्पाइनल कॉर्ड या तंत्रिकाओं में ट्यूमर. मानसिक विकार जैसे बड़ा या छोटा विषाद (डिप्रेशन), ऑब्सेसिव कम्पल्सिव विकार, लत, अनिद्रा, चिंता या तंत्रिकाओं में कोई खराबी, जिसका इलाज नहीं किया गया हो.	☐	☐	
f) Ear, Nose, Throat, Mouth system disorders such as ear discharge, nose bleeding, deafness, blindness, hearing loss, etc. Skin disorders such as varicose veins, psoriasis, eczema, moles or dermatitis. Musculoskeletal disorder such as Arthritis, gout, rheumatism, disc prolapse, fracture history, Osteoporosis, back pain, disorders of bones or any other conditions. कान, नाक, गले, मुँह के सिस्टम से जुड़े विकार जैसे कान का बहना, नाक से खून आना, बहरापन, अंधापन, सुनाई नहीं देना आदि. त्वचा संबंधी विकार जैसे वेरिकोज वेन्स (नसों में सूजन), त्वचा रोग, खुजली, तिल या त्वचाशोथ. मांसपेशिककालीय विकार जैसे गठिया रोग, वातरोग, आमवात (रुमेटीज्म), डिस्क का आगे बढ़ जाना, फ्रैक्चर के बारे में पिछली जानकारी, ऑस्टियोपोरोसिस, पीठ का दर्द, हड्डियों से जुड़े विकार या कोई दूसरी स्थितियाँ.	☐	☐	
g) Diabetes/elevated blood sugar/sugar, ketone, proteinuria or diabetes related complications such as diabetic coma or any other hormonal diseases related to Thyroid gland or any other hormonal imbalance. डायबिटीज़/रक्त शर्करा का बढ़ना/शुगर, किटोन, प्रोटीनयूरिया या डायबिटीज़ से जुड़ी कोई जटिल स्थिति जैसे डायबिटिक कोमा या कोई अन्य हॉर्मोन संबंधी बीमारी जो थायरॉइड ग्रंथि या हॉर्मोन संबंधी किसी असंतुलन से जुड़ी हो.	☐	☐	
h) Cancer or tumour or benign tumour or cyst, lump, enlargement of lymph nodes or any other growth. कैंसर या ट्यूमर बेनाइन ट्यूमर या सिस्ट, गांठ, लिम्फ नोड्स का बढ़ना या कोई अन्य वृद्धि.	☐	☐	
i) Blood disorders such as anemia, haemophilia, thalassaemia, leukaemia or any other blood disorder or suffered from dengue, swine flu or encephalitis. रक्त विकार जैसे रक्ताल्पता, हिमोफीलिया, थैलिसेमिया, ल्यूकेमिया या रक्त संबंधी कोई और विकार या डेंगू, स्वाइन फ्लू या एन्सिफेलाइटिस से पीड़ित.	☐	☐	
2. Have you undergone any lab test including HIV & HBsAg, radiological test or any special investigation test such as ECG, MRI, CTMT, etc. or suffered from any accidents, injury, major burns or advised hospitalisation? क्या आपने कभी कोई लैब टेस्ट करवाया है, जैसे एचआईवी और एचबीएसएजी के लिए, रेडियोलॉजिकल परीक्षण या कोई विशेष जांचें जैसे ईसीजी, एमआरआई, सीटीएमटी, आदि या किसी दुर्घटना, चोट, जलने संबंधी कोई बड़ी घटना या आपको अस्पताल में भर्ती होने की सलाह दी गई है?	☐	☐	
3. Do you have any recurrent medical condition, physical disability, deformity, any illness or injury that has kept you away from work? क्या कोई चिकित्सकीय स्थिति, शारीरिक अक्षमता, विकलांगता, कोई बीमारी या चोट की स्थिति बार-बार बनती है, जिसके कारण आप काम नहीं कर पाते हैं?	☐	☐	
4. Have you or your spouse been tested positive for HIV / AIDS or Hepatitis B or C or have been tested / treated for other sexually transmitted diseases OR are you awaiting the results of such a test? क्या आप या आपके जीवनसाथी को एचआईवी / एड्स या हिपेटाइटिस बी या सी के लिए पॉजिटिव पाया गया है या किसी भी यौन संचारित रोग का परीक्षण किया गया / उपचार किया गया है या क्या आप ऐसे किसी परीक्षण के नतीजे आने की प्रतीक्षा कर रहे हैं?	☐	☐	
5. Are you currently in good health? क्या वर्तमान में आपका स्वास्थ्य अच्छा है?	☐	☐	
6. Female Specific health disorders  महिलाओं से जुड़ी कोई खास बीमारी	Yes हां.	No नहीं	Mention details, as applicable उचित विवरण दें
a) Have you had any disease of uterus, breast, cervix, ovaries or have undergone hysterectomy? क्या आपको गर्भाशय, स्तन, ग्रीवा, अंडाशयों से संबंधी कोई बीमारी थी या आपकी कोई हिस्टेरेक्टोमी (गर्भाशयोच्छेदन) हुई है?	☐	☐	
b) Have you undergone PAP smear, mammogram or USG pelvis? क्या आपका पीएपी स्मियर, मैमोग्राम या यूएसजी पेल्विस हुआ है?	☐	☐	
c) Are you currently pregnant? If yes, how many weeks? _____ क्या आप फ़िलहाल गर्भवती हैं? यदि हां, तो कितने हफ़्ते से?	☐	☐	
B. Family medical history परिवार का चिकित्सा संबंधी इतिहास			
Has any death or illness occurred in your family (parents or siblings)? If yes, then mention the age at death and cause of death / nature of illness. क्या परिवार (माता-पिता या भाई-बहन) में कोई मृत्यु या बीमारी हुई है? यदि हां, तो मृत्यु के समय आयु और मृत्यु की वजह / बीमारी की प्रकृति क्या थी.	☐	☐	
C. Other personal details अन्य व्यक्तिगत विवरण	Indicate by ticking in relevant box Yes No उचित बॉक्स को टिक करके बताएं हां नहीं		Mention details, as applicable *Please attach a separate sheet in case the space is inadequate उचित विवरण बताएँ *कृपया जगह कम होने की स्थिति में अलग शीट जोड़ें
1. Provide the exact details of existing insurance with HDFC Life (both lapsed and in-force) एचडीएफसी लाइफ़ के साथ मौजूदा बीमा (कालातीत हुए और चालू दोनों) का सटीक विवरण दें	☐	☐	

2. Do you have any of current active insurance cover or has any of your life insurance / health insurance / riders been accepted with extra premium, accepted on other special terms, postponed, declined or not taken up by you? क्या आपके पास कोई वर्तमान चालू बीमा कवर है या आपके पास कोई जीवन बीमा / स्वास्थ्य बीमा / अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकार किए गए, किसी अन्य विशेष अवधियों पर स्वीकार किए गए, अवधि बढ़ाए गए, अस्वीकार किए गए या आपके द्वारा नहीं लिए गए राइडर हैं?	☐ ☐	Reason: _____ कारण: _____
3. Have you submitted any simultaneous applications for insurance to any of our offices or another insurance company which is still pending OR are you likely to revive any lapsed policies? क्या आपने इसके साथ हमारे किसी भी दूसरे कार्यालय या दूसरी बीमा कंपनी में बीमा के लिए कोई आवेदन दिया था, जो अब भी लंबित है या क्या आप किसी कालातीत पॉलिसी को बहाल करने वाले हैं?	☐ ☐	Proposal / Policy No.: _____ Sum Assured (INR): _____ Company Name: _____ प्रस्ताव / पॉलिसी सं.: _____ बीमा राशि (रु.): _____ कंपनी का नाम: _____
4. Have you ever made any claims for hospitalisation or surgery or critical illness benefit under this policy or any other health insurance policy from any other company? क्या आपने इस पॉलिसी के अंतर्गत कभी अस्पताल में भर्ती होने या सर्जरी या किसी गंभीर बीमारी के लिए कोई दावा किया है या किसी दूसरी कंपनी में किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए दावा किया है?	☐ ☐	
5. Do you take part in any adventurous sports or hobbies like paragliding, mountaineering, deep sea diving, motor racing, bungee jumping, etc.? क्या आपने कभी किसी साहसिक खेल या शौक जैसे पैराग्लाइडिंग, पर्वतारोहण, गहरे समुद्र में डाइविंग, मोटर रेसिंग, बंजी जंपिंग आदि में हिस्सा लिया है?	☐ ☐	
6. Have you ever resided overseas for more than 6 months or do you intend to travel overseas? क्या आप कभी भी 6 महीनों से ज़्यादा विदेश में रहे हैं या आप विदेश में रहना चाहते हैं?	☐ ☐	Past Travel: _____ Future Travel: _____ पिछली यात्रा: _____ भविष्य की यात्रा: _____
7. a. Height- Feet inches OR Centimetres b. Weight - (Kgs) ऊँचाई-फीट इंच या सेंटीमीटर वजन - (किलोग्राम)		

8. Please give the habits details as follows कृपया नीचे बताएं अनुसार आदतों का विवरण दें			
Substance consumed लिए जाने पदार्थ की खपत	Do you consume? क्या आप लेते हैं?	If yes, please provide details यदि हां, तो कृपया विवरण दें	Quantity मात्रा
Alcohol *(1 unit = 330 ml of beer / 30 ml of spirits / 125 ml of wine) एल्कोहल *(1 यूनिट = 330 मिली बीयर / 30 मिली स्पिरिट / 125 मिली वाइन)	☐ Yes ☐ No हां नहीं	Beer ☐ Wine ☐ Spirit ☐ Others बीयर वाइन स्पिरिट अन्य	Units* / Week यूनिट* / हफ्ते
Tobacco *(1 unit equivalent to 1 cigar / 1 cigarette / 1 beedi. If chewing tobacco, please specify how many grams per day.) तंबाकू *(1 यूनिट, 1 सिगार / 1 सिगरेट / 1 बीड़ी के बराबर है. अगर आप तंबाकू चबाते हैं, तो कृपया बताएं कि आप हर दिन कितने ग्राम लेते हैं.)	☐ Yes ☐ No हां नहीं	Cigars ☐ Cigarette ☐ Beedi ☐ सिगार सिगरेट बीड़ी Chewing Tobacco ☐ Others चबाने वाली तंबाकू अन्य	Units* / Day यूनिट* / दिन
Addictive or intoxicating drugs (example Ganja, Hashish, Heroin, Cocaine, Marijuana, Charas, etc.) आदत लगाने वाली या नशीली दवाएं (उदाहरण गांजा, हशिश, हेरोइन, कोकीन, मरिजुआना, चरस आदि)			☐ Yes ☐ No हां नहीं

Declaration from the Life Assured

बीमित व्यक्ति द्वारा घोषणा

I hereby declare that all the information given by me/on my behalf is true and I have not withheld any material fact within my knowledge. I agree that the information provided in this declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of contract of revival of the lapsed policy. I also agree and understand that the application for revival of the policy will be considered by the Company at its sole discretion. I declare that I do not have any history of conviction under any criminal proceedings in India or abroad.

में एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा/मेरी ओर से दी गई सभी जानकारी सही है और मेरी जानकारी में मैंने किसी भी विशेष तथ्य को छिपाया नहीं है। मैं इस बात से सहमत हूँ कि बीमा के लिए मेरे प्रस्ताव के साथ इस घोषणा में दी गई जानकारी कालातीत पॉलिसी को बहाल करने के लिए किए गए अनुबंध का आधार होगी। मैं इस बात से भी सहमत हूँ और समझता/समझती हूँ कि पॉलिसी को बहाल करने के लिए किए गए आवेदन के बारे में कोई भी निर्णय कंपनी के स्वविवेक पर आधारित होगा। मैं घोषणा करता/करती हूँ

Date: DD/MM/YYYY

दिनांक :

Place: _____

स्थान :

SIGN HERE
यहाँ हस्ताक्षर करें

Signature of the Life Assured

(To be signed by the Policyholder if the Life Assured is a minor)

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

(अगर बीमित व्यक्ति अवयस्क है, तो पॉलिसीधारक द्वारा हस्ताक्षर किया जाए)

Declaration from the Policyholder (If Policyholder is different from the Life Assured)

पॉलिसीधारक की ओर से घोषणा (अगर पॉलिसीधारक और बीमित व्यक्ति अलग-अलग हों)

I hereby declare that all the information given by me/on my behalf is true and I have not withheld any material fact within my knowledge. I agree that the information provided in this declaration along with my proposal for insurance shall be the basis of contract of revival of the lapsed policy. I also agree and understand that the application for revival of the policy will be considered by the Company at its sole discretion. I declare that I do not have any history of conviction under any criminal proceedings in India or abroad.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा/मेरी ओर से दी गई सभी जानकारी सही है और मेरी जानकारी में मैंने किसी भी विशेष तथ्य को छिपाया नहीं है. इस बात से सहमत हूँ कि बीमा के लिए मेरे प्रस्ताव के साथ इस घोषणा में दी गई जानकारी कालातीत पॉलिसी को बहाल करने के लिए किए गए अनुबंध का आधार होगी. मैं इस बात से भी सहमत हूँ और समझता/समझती हूँ कि पॉलिसी को बहाल करने के लिए किए गए आवेदन के बारे में कोई भी निर्णय कंपनी के स्वविवेक पर आधारित होगा. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे भारत में या भारत के बाहर किसी भी आपराधिक गतिविधि में दोषी नहीं पाया गया है.

Date :
दिनांक :
Place :
स्थान :

SIGN HERE
यहां हस्ताक्षर करें

Signature of the Policyholder
पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

Declaration made by third party where the Policyholder has affixed his/ her thumb impression/ has signed in vernacular

तीसरे पक्ष की ओर से की गई घोषणा जिसमें पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/ अपनी भाषा में हस्ताक्षर किए हैं

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, after fully understanding the contents thereof.

पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/अपनी भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन नहीं भरा है. मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र के बारे में पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझा दिया गया है और उनकी ओर से दिए गए उत्तरों को सही तरीके से रिकॉर्ड किया गया है. मैं आगे घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने इसकी सामग्री को पूरी तरह से समझने के बाद मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अपने अंगूठे का निशान लगाया है.

Name:
नाम:
Address:
पता:
Date : Place :
दिनांक : स्थान :

SIGN HERE
यहां हस्ताक्षर करें

KYC Declaration

I hereby confirm that there is no change in my KYC information previously provided/updated by me and currently available in your records.

Yes ☐ No ☐ (If no, please share the KYC document as per the below list to update the KYC details)

- Valid Passport
- Masked Aadhaar (First 8 digits of Aadhaar should be masked)
- Valid Permanent Driving License
- Voter's Identity Card issued by Election Commission of India

HDFC 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.

For queries or more information, call **022-68446520** (Call 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.

एचडीएफसी लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एचडीएफसी लाइफ). सीआईएन: L65110MH2000PLC128245. आईआरडीआई रजिस्ट्रेशन संख्या- 101.

रजिस्ट्रेशन ऑफिस: 13वीं लोधा, लोधी एक्सेलस, अपोलो मिल्स कंपाउंड, एन.एम. जोशी मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई- 400011.

कोई प्रश्न या ज्यादा जानकारी के लिए, **022-68446520** पर कॉल करें. कॉल शुल्क लागू. नंबर के आगे कोई अंक या देश कोड नहीं लगाएं, जैसे +91 या 00. सोम-शनि सुबह 10 से शाम 7 बजे तक उपलब्ध |

ईमेल - service@hdfclife.com / nriservice@hdfclife.com (केवल एनआरआई के लिए) | इस पर जाएं - www.hdfclife.com.