

मार्गदर्शिका:

- विमा हा अत्यंत विश्वासने, भरवशाने केला जाणारा असा करार आहे, ज्यात प्रपोजर आणि विमा धारक ह्या फॉर्ममध्ये विचारलेल्या प्रश्नांना उत्तरे देताना सर्व संबंधित (महत्वाची) वस्तुस्थिती सांगतात
- पॉलिसीचं नुतनीकरण/ आरोग्य विम्यात वाढ/ राइडर वाढवणे/ विमा उतरवायच्या व्यक्तीमध्ये वाढ करणे ह्याची अंमलबजावणी अंतिम लेखी निर्णयाच्या तारखेला किंवा कंपनीला संपूर्ण हप्त्या प्राप्त झालेल्या तारखेला अथवा नवीन हप्त्याच्या संमती प्राप्त झाल्यावर किंवा लागू असेल त्यानुसार, होईल
- ह्या वैयक्तिक आरोग्याचा तपशील घोषणेची वैधता तीन महिन्यांची आहे
- विमा रकमेत वाढ/ राइडरमध्ये वाढ/ विमा धारकामध्ये वाढ ही विशिष्ट प्रॉडक्टसाठी आहे. कृपया, अधिक माहितीसाठी पॉलिसीची कागदपत्रे पहा.

पॉलिसी क्रमांक :

दिनांक : DD/MM/YYYY

विमा धारकाचं नाव

(फॅमिली फ्लोटर प्लॅन्समधील प्राइमरी लाइफ) पहिलं नाव मधलं नाव अडनाव

पॉलिसी धारकाचं नाव

पहिलं नाव मधलं नाव अडनाव

पत्ता

.....

शहर राज्य देश पिन कोड

एसटीडी कोडसह टेलिफोन नंबर मोबाइल नंबर

ईमेल आयडी

पॉलिसी आरंभ दिनांक DD/MM/YYYY प्रायमरी लाइफचा जन्मदिनांक (फॅमिली फ्लोटर प्लॅन्ससाठी) DD/MM/YYYY

मी, ह्यासाठी अर्ज करीत आहे (कृपया एका रकान्यावर खूप करा)

- पॉलिसी नुतनीकरण करा (फॅमिली फ्लोटर प्लॅन्ससाठी, कृपया सर्व व्यक्तींचा तपशील द्या)
- माझ्या आरोग्य विमा रकमेत ₹ पासून ₹ इतकी वाढ करा (निवडक प्लॅन्ससाठी परवानगी)
- विमा धारकात (एक किंवा अनेक) वाढ करा (फॅमिली फ्लोटर प्लॅन्समध्ये)

1. वाढ करायच्या विमा धारकाचा (एक किंवा अनेक) तपशील (फक्त सध्याच्या पॉलिसीमध्ये विमा धारकाची वाढ करायची असेल तरच भरा)

| | जोडीदार | मुलगा/मुलगी 1 | मुलगा/मुलगी 2 | मुलगा/मुलगी 3 |
|--------------------|---|---|---|---|
| अ) नाव | | | | |
| आ) जन्मदिनांक | DD/MM/YYYY | DD/MM/YYYY | DD/MM/YYYY | DD/MM/YYYY |
| इ) लिंग | <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री | <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री | <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री | <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री |
| ई) वैवाहिक स्थिती | U- अविवाहित; M- विवाहित; W- विधवा/विधूर; D- घटस्फोटित | | | |
| उ) राष्ट्रीयत्व | <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> बिगरभारतीय | <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> बिगरभारतीय | <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> बिगरभारतीय | <input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> बिगरभारतीय |
| ऊ) निवासी स्थिती | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N |
| | I- भारतीय निवासी; N-अनिवासी भारतीय | | | |
| क) वयाचा पुरावा | PSPT - पासपोर्ट; DL - ड्रायव्हिंग लायसन्स; SC - स्कूल/कॉलेज सर्टिफिकेट; इतर-कृपया स्पष्ट करा | | | |
| ख) शिक्षण | अशिक्षित - UEDU; 10 वी पेक्षा कमी - <SSC; 10 वी-SSC; 12 वी - HSC; पदवीधर - GRAD; पोस्ट ग्रॅज्युएट - PGD; डिप्लोमा - DIP | | | |
| ग) पद | मॅनेजर - M; चार्टर्ड अकाउंटंट - C; डॉक्टर - D; इंजिनियर - E; वकिल - L; इतर (स्पष्ट करा) | | | |
| घ) पेशा | पगारदार - SP; बिझिनेस- BSEM; प्रोफेशनल- PROF; विद्यार्थी- STDN; गृहिणी- HSWF; निवृत्त किंवा पेंशनर- RETD; स्वयंरोजगारप्राप्त- SELF; शेती- AGRI; इतर- OT | | | |
| च) संस्थेचा प्रकार | आंतरराष्ट्रीय कंपनी; पब्लिक लि.; प्रायव्हेट लि.; पार्टनर किंवा प्रोपरायटर; सरकारी; ट्रस्ट; इतर (कृपया स्पष्ट करा) | | | |
| छ) संस्थेचं नाव | | | | |
| ज) सध्याच्या नोकरी | | | | |
| | व्यवसायातील एकूण वर्षे | | | |
| झ) वार्षिक मिळकत | | | | |

2. वाढ करायच्या राइडरचा तपशील

3. विमा उतरवयाच्या व्यक्तीचा (एक किंवा अनेक) वैयक्तिक तपशील

*सिंगल लाइफ प्लॅन्ससाठी कृपया फक्त प्राथमरी लाइफ अंतर्गत तपशील भरा. फॅमिली प्लोटर प्लॅन्ससाठी सर्व व्यक्तींचा तपशील द्या.

| | प्राथमरी लाइफ | जोडीदार | मुलगा/मुलगी 1 | मुलगा/मुलगी 2 | मुलगा/मुलगी 3 |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| अ) उंची (सेमी) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| आ) वजन (किग्रॅ) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

इ. जीवनशैलीचा तपशील

| | प्राथमरी लाइफ | | जोडीदार | | मुलगा/मुलगी 1 | | मुलगा/मुलगी 2 | | मुलगा/मुलगी 3 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | हो | नाही | हो | नाही | हो | नाही | हो | नाही | हो | नाही |
| i) तुमचा पेशा कोणत्याही विशिष्ट जोखीमेचा आहे का (उदा: रसायनाचा कारखाना, माइन्स, स्फोटके, रेडिएशन, कोरोसिव केमिकल्स, उंचीवर काम करणे, डायव्हिंग इत्यादी) ? | <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"/> |
| ii) तुम्ही सैन्यदल, पॅरामिलिटरी किंवा पोलिस दलात नोकरी करता का ? | <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"/> |
| iii) कोणत्याही प्रकारे धोकादायक असलेल्या कामात किंवा छंदांमध्ये तुम्ही सहभागी होता का ? | <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"/> |
| iv) तुम्ही तंबाखू, अल्कोहोल किंवा कोणतेही अमली पदार्थ सेवन करता किंवा याआधी सेवन केले आहेत ? (जर हो, तर वेगळ्या कागदावर रोज सेवन करण्याचं प्रमाण आणि व्यसनात गेलेली एकूण वर्षे लिहा) | <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"/> |

ई. आरोग्याचा तपशील

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i) तुम्हाला जन्मापासून काही व्यंग/ शारीरिक अक्षमता आहे का ? | <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"/> |
| ii) तुमच्यात शारीरिक व्यंग/अपंगत्व आहे का किंवा हालचाल करताना कोणतीही मॅकेनिकल किंवा इतरांची मदत घेता का ? | <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"/> |
| iii) मागील 5 वर्षांमध्ये, तुम्हाला कोणत्याही आजारपणासाठी किंवा दुखापतीसाठी 2 किंवा जास्त दिवसांकरिता हॉस्पिटलमध्ये दाखल केलं होतं का किंवा सतत 7 किंवा जास्त दिवस वैद्यकीय उपचार करावे लागले अथवा कोणतीही शस्त्रक्रिया करावी लागली किंवा निदानाची तपासणी करावी लागली (मॅमोग्राम आणि पॅप स्मिअरचा समावेश) अथवा असामान्य स्थिती दर्शवणारी वैद्यकीय तपासणी करावी लागली अथवा तुम्हाला कोणतीही तपासणी करण्याचा सल्ला देण्यात आला किंवा तपासणी अथवा शस्त्रक्रियेचा सल्ला देण्यात आला होत का ? | <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"/> |
| iv) तुम्हाला कॅसर, ट्यूमर, सिस्ट किंवा इतर कोणत्याही वाढीसाठी उपचार करावे लागले किंवा हॉस्पिटलमध्ये दाखल व्हावे लागले होते किंवा त्याची तुम्हाला माहिती आहे का ? | <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"/> |
| v) कोणताही आजार/ दुखापत/ अपघात झाल्यामुळे एकापेक्षा जास्त आठवडे उपचार/ औषधे घ्यावी लागली का ? | <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"/> |
| vi) मागील 2 वर्षांमध्ये, सलग 2 दिवसांसाठी तुम्ही वैद्यकीय रजा घेतली होती का ? | <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"/> |

उ. तुम्हाला खालीलपैकी आजार झाला होता किंवा आहे का

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. डायबेटिस | <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"/> |
| b. हाय/लो बीपी (ब्लड प्रेशर) | <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"/> |
| c. डोळे, कान, नाक, घसा यात बिघाड अथवा दृष्टीदोष किंवा बोलताना त्रास जाणवणे अथवा नीट ऐकू न येणे किंवा डोळ्यातून घाण बाहेर येणे | <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"/> |
| d. मागील सहा महिन्यात शरीराच्या वजनात 10 किलोग्रॅम किंवा त्यापेक्षा जास्त बदल झाला | <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"/> |
| e. मेंदू, मानसिक आजारपण, पार्किन्सनिझम, मल्टिपल स्क्लरोसिस (अनेक धमन्या घट्ट होणे), नर्वस सिस्टिम, स्ट्रोक (आकस्मिक झटका), पॅरालिसिस (अर्धांगवायू) किंवा इपिलिप्सी (अपस्मार) ह्यासंबंधी काही लक्षणे दिसली/ आजारपण जाणवलं का ? | <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"/> |
| f. दमा, ब्रोंकायटिस, रक्तपात, ट्यूबरकुलोसिस (क्षयरोग) किंवा श्वसनासंबंधी इतर आजार जाणवले का ? | <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"/> |
| g. अनेमिया (रक्तक्षय), रक्त किंवा रक्तासंबंधी आजार जाणवले का ? | <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"/> |
| h. संधिवात, पुन्हा पुन्हा होणारे पाठीचे दुखणे, स्लिप डिस्क असे मस्क्युलोस्केलेटल डिसऑर्डर्स झाले किंवा मणका, सांधे अथवा अवयव यासंबंधी आजार किंवा कुष्ठरोग झाला का ? | <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"/> |
| i. तुम्ही किंवा तुमच्या जोडीदाराने हेपाटायटिस बी किंवा सी, एचआयव्ही/एड्स किंवा इतर शरीरसंबंधातून लागण होणारे रोग ह्यांसाठी तपासणी केली आहे का ? | <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"/> |
| j. छातीत दुखणे, हृदयाची स्पंदने जलदगतीने होणे, संधिवाताचा ताप, हृदयाची तक्रार, हृदयाचा झटका, श्वसनाचा त्रास जाणवणे किंवा हृदयासंबंधी इतर आजार | <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"/> |
| k. किडनी, ब्लॅडर, प्रोस्टेट, टेस्टीज, स्क्रोटम ह्यांची किंवा लघवी यंत्रणेसंबंधी लक्षणे दिसली अथवा आजार झाले | <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"/> |
| l. गॅस्ट्रिटीस, आतड्यांचा किंवा लहान आतड्यांचा अल्सर, हर्निया, लिव्हरचा आजार, काविळ, हेपाटायटिस, फिस्तुला, मुळव्याध किंवा गॅस्ट्रो-इंटेस्टिनल सिस्टिमचे इतर आजार किंवा असंतुलन | <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"/> |
| m. थायरॉइड असंतुलन किंवा एंडोक्राइन सिस्टिम (अंतःस्रावी ग्रंथी) संबंधी आजार किंवा असंतुलन | <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"/> |
| n. वर उल्लेख न केलेला इतर आजार किंवा शारीरिक बिघाड | <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"/> |

ऊ. फक्त स्त्री विमाधारकांसाठी (लागूनसेल तर रेखा ओढा)

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i) तुम्हाला गायनॅकॉलॉजिकल समस्या जाणवली होती किंवा जाणवते आहे का | <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"/> |
| ii) सध्या तुम्ही गरोदर आहात का ? जर हो, तर पूर्ण झालेले आठवडे सांगा | <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"/> |
| iii) गरोदरपणात कोणतीही गुंतागुंत, चुकून गरोदर रहाणे, मेडिकल टर्मिनेशन किंवा सिझेरियन ? | <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"/> |
| iv) तुम्ही एखादी तपासणी केली होती किंवा उपचार घेतला अथवा वैद्यकीय सल्ला घेतला होता किंवा फिजिशियनचा सल्ला घेतला होता का, जो खालील कारणांसाठी होता: | <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"/> |
| a. गर्भाशयाच्या मानेचा भाग, गर्भाशय, अंडाशय (ओवरिज) किंवा योनीमार्गासंबंधी कोणताही आजार किंवा असामान्य रक्तपात, कॅसर किंवा असामान्य वाढ ? | <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"/> |
| b. ब्रेस्ट लंप/ सिस्ट असा स्तनासंबंधी आजार किंवा असंतुलन, फायब्रोसायस्टिक आजार, स्तनाग्रामध्ये बदल किंवा डिस्चार्ज, कॅसर किंवा वाढ ? | <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"/> |

4. क्रमांक 3 इ ते 3 ऊ पर्यंतच्या प्रश्नांच उत्तर हो असेल तर कृपया खालील तपशील वेगळ्या कागदावर द्या:

- (i) विमा उतरवायच्या व्यक्तीचं नाव (ii) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचं नाव आणि पत्ता
(iii) आजारपण/ अचूक निदान ह्याचं स्वरूप (iv) निदानाची पहिली तारीख
(v) लक्षणांचा तपशील (सुरुवात, तीव्रता आणि कालावधी) (vi) प्रिस्क्रिप्शन किंवा औषधांची यादी
(vii) पुढील नियोजित कन्सल्टेशन (जर असेल तर)

5. विमा धारकाने पॉलिसी जारी केलेल्या/ अंतिम नुतनीकरणाच्या तारखेपासून त्याचा/ तिचा पेशा/ निवासस्थान/ व्यवसाय बदलला आहे?

जर हो, तर हा पेशा (उदा: रासायनिक कारखाना, माइन्स, स्फोटके, रेडिएशन, कोरोसिव केमिकल्स, इत्यादी)/ व्यवसाय (उदा: वैमानिक, भांडं भरणारे प्रवासी, डायव्हिंग, माउंटेनअरिंग, कोणत्याही प्रकारची रिस, इत्यादी असा निराळा) कोणत्याही विशिष्ट धोक्याशी/ जोखीमेची संबंधित आहे का?

कृपया तपशील द्या:

6. ह्या पॉलिसीच्या प्रपोजल/ अंतिम नुतनीकरण तारखेनंतर, विमा धारकाच्या जीविताने आयसीआयसीआय पुढेन्शियल किंवा इतर कोणत्याही विमा कंपनीचं (एक किंवा अनेक) पॉलिसी प्रपोजल/ नुतनीकरण अर्ज (जर केला असेल) ह्याची स्थिती काय आहे?

| पॉलिसी प्रपोजल नंबर | कंपनीचं नाव | जारी केल्याचं/ अर्ज केल्याचं वर्ष | मेडिकल पॉलिसी | | वार्षिक हमा (₹) | बेसिक विम्याची रक्कम (₹) | बेसिक प्लॅन-निर्णय (स्टँडर्ड/ एक्स्ट्रा हप्त्यासह/ पोस्टपोन्ड/नाकारला/ पूर्ण झाला नाही) | रायडर्स आणि निर्णयाचं नाव सांगा (स्टँडर्ड/ एक्स्ट्रा हप्त्यासह/ पोस्टपोन्ड/नाकारला/ पूर्ण झाला नाही) | कार्यरत आहे/ लॅप्स झाली (लॅप्स झालेलं वर्ष/ नुतनीकरणासाठी अर्ज केलेलं वर्ष सांगा) |
|---------------------|-------------|-----------------------------------|---------------|------|-----------------|--------------------------|---|--|---|
| | | | हो | नाही | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

- लिहिण्यासाठी जागा अपुरी पडली तर कृपया वेगळा कागद जोडा

घोषणा आणि अधिकृतता

मी/आम्ही घोषित करतो की आयसीआयसीआय पुढेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, (येथे जिला 'कंपनी' संबोधले आहे) ह्यांच्या सल्लागाराने मला/आम्हाला ह्या प्रपोजल फॉर्ममधील प्रश्न समजावून सांगितले आणि विचारले व त्याची मी/आम्ही उत्तरे दिली आणि आरोग्यासंबंधी प्रश्नांचं स्वरूप व अशा प्रश्नांची उत्तरे देताना महत्त्वाची माहिती उघड करण्याचं महत्त्व मला/ आम्हाला पूर्णपणे समजलं आहे. मी/ आम्ही यापुढे असं घोषित करतो की प्रपोजल फॉर्ममधील सर्व प्रश्नांना दिलेली उत्तरे आणि कंपनीच्या मेडिकल एक्झामिनरला विमा उतरवायच्या व्यक्तीच्या आरोग्यासंबंधी आणि सवयीसंबंधी दिलेली माहिती सत्य आणि सर्व बाजूने संपूर्ण आहे आणि मी/ आम्ही कोणतीही महत्त्वाची माहिती सांगण्याचं टाळलं नाही किंवा वस्तुस्थिती लपवून ठेवली नाही. मी/ आम्ही आयसीआयसीआय पुढेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड संबंधी विमा सल्लागाराकडे, मेडिकल एक्झामिनरकडे, किंवा कंपनीसंबंधी व्यक्तीकडे असं विधान केलं नाही, जे ह्या अर्जातील उत्तरे आणि विधाने कोणत्याही प्रकारे बदलू शकेल. मी/ आम्ही जबाबदारी स्वीकारतो की ह्या प्रपोजलवर सही केल्यानंतर आणि कंपनीकडून जोखीम स्वीकारण्याआधी विमा उतरवायच्या (एका किंवा अनेक) व्यक्तीच्या आरोग्याच्या स्थितीत कोणताही बदल झाला किंवा त्याच्या/ तिच्या/ त्यांच्या व्यवसायांमध्ये बदल झाला तर कंपनीला कळवू, मला/आम्हाला हेसुध्दा समजलं आहे की चुकीचं विधान दिल्यामुळे किंवा महत्त्वाची माहिती लपवल्यामुळे अथवा आरोग्यात झालेला बदल कंपनीला न कळवल्यामुळे पॉलिसी अंतर्गत दावा अस्वीकार करण्याचा अधिकार कंपनीला आहे. जर खोट्या/ बनावट कागदपत्रांच्या आणि / किंवा पुराव्यांच्या आधारे पॉलिसी जारी करण्यात आली असं दिसून आलं तर पॉलिसी अवैध ठरवण्यात येईल. मी/ आम्ही हेसुध्दा प्रमाणित करतो की ह्या प्रपोजल फॉर्मसोबत कंपनीने प्रकाशित केलेलं लाभाचा स्पष्टीकरण मला/आम्हाला देण्यात आलं आणि ते मी/ आम्ही वाचलं आणि मला/ आम्हाला नीट समजलं आहे. मला/आम्हाला हेसुध्दा समजलं आहे की पॉलिसी अंतर्गत असलेल्या अटी आणि नियम हे हसे आणि देय लाभांसह लागू कायदानुसार बदलाअधीन आहेत. मी/ आम्ही खात्री देतो की सर्व हसे लाभांसाठी सोताकडून भरण्यात येतील.

मी/ आम्ही संमती देतो की दावा करण्यासाठी आम्ही भ्रष्ट बाबी वापरणार नाही. मी/आम्ही ह्याचीही संमती देतो की जर आम्ही असं केलं तर कंपनीकडून करार समाप्त केला जाईल.

मी/ आम्ही इथे आयसीआयसीआय पुढेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कं. लि. ह्यांना अधिकृतता देतो की त्यांनी विमा उतरवायच्या व्यक्तीच्या (एका किंवा अनेक) एकूण स्थितीची तपासणी/ खात्री/ पुन्हा खात्री करावी, ज्यात लॅबोरेटरी तपासण्या, काडिओलॉजी, रेडिओलॉजिकल तपासणी आणि जीवाणू/ विषाणू/ बुरशीची लागण तपासण्यासाठी रक्ताची तपासणी अशा आरोग्य तपासण्यांचाही समावेश आहे. मी/आम्ही एचआयव्ही 1/2 तपासणी पार पाडण्यासाठी संमती देत आहोत. मला/आम्हाला समजलं आहे की ही तपासणी फक्त स्क्रीनिंग हेतूने आहे आणि एचआयव्ही/ एड्सची त्यातून खात्री दिली जात नाही.

माझं जीवन विम्याचं प्रपोजल स्वीकारण्याचा, नाकारण्याचा किंवा त्यावर पर्यायी अटी देण्याचा अधिकार कंपनीने राखून ठेवला आहे.

ह्या प्रपोजल अंतर्गत आणि त्यानंतर केव्हाही जोखीमीचं मूल्यमापन करण्यासाठी कंपनीला शक्य व्हावं यासाठी मी/ आम्ही मागील आणि सध्याच्या (एक किंवा अनेक) एम्प्लॉयर्स/ बिझिनेस असोसिएट्स/ मेडिकल प्रॅक्टिशनर/ हॉस्पिटल्स आणि मेडिकल सोर्स/ कोणतीही जीवन विमा आणि सामान्य विमा कंपनी/ अथवा संस्था किंवा जीवन विमा असोसिएशनस मेडिकल रजिस्टर ह्यांना कंपनीला आणि कंपनीकडून कोणतीही जीवन विमा आणि सामान्य विमा कंपनी/ किंवा जीवन विमा असोसिएशन अथवा मेडिकल रजिस्टर ह्यांना असा तपशील आणि योग्य वाटणारी नोकरी-व्यवसायाची नोंद/ बिझिनेसचा किंवा इतर तपशील पुरवण्यासाठी अधिकृतता देतो.

हा प्रपोजल फॉर्म आवेश विमा पॉलिसी कराराचा भाग राहिल, जर कंपनीने त्याचा स्वीकार केला तर.

प्रायमरी लाइफ

जोडीदार

मुलगा/मुलगी 1

मुलगा/मुलगी 2

मुलगा/मुलगी 3

प्रपोजर (विमा उतरवायच्या व्यक्तीचे नाव वेगळे असेल तर)

विमा उतरवायच्या व्यक्तीची/ व्यक्तींची सही/ अंगठ्याचा ठसा (विमा उतरवायची व्यक्ती 18 वर्षांपेक्षा कमी वयाची असेल तर आवश्यक नाही)

सल्लागाराची सही _____ (विमा उतरवायच्या व्यक्तीने अंगठ्याचा ठसा उमटवला असेल तर सल्लागाराने त्याची साक्ष द्यावी)

दिनांक _____ DD/MM/YYYY

ठिकाण

पोहोच पावती

वैयक्तिक आरोग्याचा तपशील घोषित करणारा फॉर्म प्राप्त झाला ह्याची पोहोच पावती देण्यात येत आहे

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक _____ DD/MM/YYYY

प्राप्त करणारे

शिक्षा
आणि
वेळ

घोषणा आणि अधिकृतता

विमा कायदा 1938 (1938 चा 4) चा कलम 41: 1) भारतातील जीवितसंबंधी किंवा मालमत्तेसंबंधी कोणत्याही जोखीमे संदर्भात विमा उतरवण्यासाठी किंवा नुतनीकरणासाठी अथवा चालू ठेवण्यासाठी प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे प्रलोभन दाखवण्याची किंवा देण्याची, देय होणाऱ्या कमिशनमधील संपूर्ण किंवा अंशतः भागाची सूट किंवा पॉलिसीमध्ये दाखवलेल्या हप्त्यात सूट देण्याची कोणत्याही व्यक्तीला परवानगी नाही किंवा तशी देण्याची परवानगी देण्यात आलेली नाही, जर प्रकाशित माहितीपुस्तिकेत किंवा इन्शुररच्या तक्त्यात तशी देण्याची परवानगी दिली असेल तर ती वगळून: तसेच, विमा प्रतिनिधीने स्वतः आपल्या जीवनावर जीवन विमा घेतला तर पॉलिसी संबंधातील कमिशन स्वीकारून विमा प्रतिनिधीने ह्या उप-कलमातील अर्थानुसार हप्त्यावर सूट मिळवली असं स्वीकारलं जाणार नाही, अशा स्वीकृतीवेळी विमा प्रतिनिधी इन्शुररने नेमलेला लाभार्थी प्रतिनिधी आहे हे दाखवण्यासाठी विहित अटीची पूर्तता करेल. 2) ह्या कलमातील तरतुदीचं पालन करण्यात कोणत्याही व्यक्तीने कसूर केला तर त्याला दंड भरावा लागेल, जो पाचशे रुपयांच्या विस्तारापर्यंत असेल.

कलम 45: ह्या कायद्याचा आरंभ होण्याआधी जीवन विम्याची कोणतीही पॉलिसी हा कायदा आरंभ झालेल्या तारखेपासून दोन वर्षांच्या समाप्तीपर्यंत अंमलात येणार नाही आणि हा कायदा अंमलात आलेल्या तारखेपासून दोन वर्षांच्या समाप्तीनंतर जीवन विम्याच्या कोणत्याही पॉलिसीवर परिणाम होणार नाही, विम्याच्या प्रपोजलसाठी दिलेल्या स्टेटमेंटच्या किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या, किंवा पंचांच्या, किंवा विमा धारकाच्या मित्राच्या, कोणत्याही रिपोर्टच्या, अथवा पॉलिसी जारी करण्यासाठी सादर केलेल्या कोणत्याही इतर कागदपत्रांच्या आधारावर इन्शुररकडून प्रश्न उपस्थित केला जाईल की हे सर्व अयोग्य किंवा खोटं होतं का, जोवर सदर विधान वस्तुस्थितीवर किंवा उघड करायच्या महत्त्वाच्या माहितीवर आधारित होतं हे इन्शुररकडून दाखवलं जात नाही आणि पॉलिसी धारकाने ते भ्रष्ट स्वरूपात दिलं होतं आणि हे विधान करताना ते असत्य असल्याचं किंवा त्यात उघड करण्यासारखी आवश्यक वस्तुस्थिती लपवली जात असल्याचं पॉलिसी धारकाला माहीत होतं. तसेच यापुढे अशी तरतूद करण्यात येत आहे की ह्या कलमामधील कोणतीही बाब इन्शुररला कोणत्याही वेळी, मागण्यासाठी पात्र असेल तेव्हा, वयाचा पुरावा मागण्यासाठी थांबवू शकत नाही, आणि प्रपोजलमध्ये विमा धारकाचं वय चुकीचं होतं ह्याच्या पुरावानुसार पॉलिसीची अट अॅडजस्ट करण्यात आली ह्या कारणासाठी कोणत्याही पॉलिसीवर प्रश्न उपस्थित केला जाणार नाही.

घोषणापत्र

जर प्रपोजर अशिक्षित असेल किंवा आजारपणामुळे त्याला/ तिला लिहिता येणं शक्य नसेल अथवा प्रपोजरने मातृभाषेत सही केली असेल तर त्यासाठी उपयोग करावा. (टिप: सल्लागार/ कंपनीचा कर्मचारी ह्यांच्या शिवाय इतर व्यक्तीने खालील बाबींची साक्ष देणे आवश्यक आहे)

मी प्रमाणित करतो की मला मिळालेल्या प्रॉडक्ट आणि प्रपोजलमधील समावेशक बाबी मला स्पष्टपणे समजावून सांगितल्या आहेत आणि मला त्या पूर्णपणे समजल्या आहेत.

मी पुढे प्रमाणित करतो की प्रपोजल फॉर्ममधील उत्तरे मी दिलेल्या माहितीनुसार नोंदवण्यात आली आहेत.

मी (साक्षीदाराचं नाव) _____ श्री/ श्रीमती _____ ह्यांचा मुलगा/ मुलगी आहे व प्रौढ असून या पत्त्यावर रहातो: _____ आणि (प्रपोजरसोबत नातं) _____ ह्या नात्याने जाहीर करतो की ह्या फॉर्ममधील समावेशक बाबी आणि आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडकडून पॉलिसी उपलब्ध होण्यासाठी इतर सर्व कागदपत्रे श्री/सौ/श्रीमती _____ ह्यांना वाचून दाखवल्या आहेत आणि समजावून सांगितल्या आहेत आणि त्यांना त्या कळल्या आहेत आणि येथे संमती देत आहेत की पॉलिसी आणि त्यातील कलमांच्या अटी आणि नियमांचं पालन होईल. मी जाहीर करतो/ करते की येथे दिलेली माहिती माझ्या ज्ञानानुसार आणि विश्वासानुसार सत्य आणि बरोबर आहे. _____ येथे मी विधीपूर्वक खात्री देत आहे.

साक्षीदाराची सही

दिनांकDD/MM/YYYY.....

प्रपोजरची सही/अंगठ्याचा ठसा

ठिकाण

फक्त कार्यालयीन कामासाठी

स्पार्क कॉल आयडी

दिनांकDD/MM/YYYY.....

स्कॅनिंग कॅबिनेट

प्राप्त करणारे

शेरा

शिक्का
आणि
वेळ

कृपया आमच्या कस्टमर सर्व्हिस टोल फ्री नंबर 1860-266-7766 वर तुमच्या एमटीएनएल किंवा बीएसएनएल लाइनवरून संपर्क करा
कॉल सेंटरची वेळ: सकाळी 9.00 ते रात्री 9.00. सोमवार ते शनिवार (राष्ट्रीय सुट्टी वगळून).



पत्रव्यवहाराचा पत्ता

आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पू), मुंबई 400 101.