వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ప్రకటన ఫారం

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

మార్గదర్శకాలు:

- ✓ ఈ ఫారంలో లైఫ్ అష్యూర్డ్ వివరాలు ఉండాలి.
- ✓ ఈ ఫార్మాట్‌ని లైఫ్ పాలసీ పునరుద్ధరణకు/జీవిత బీమా పెరుగుదలకు/రైడర్ చేర్పుకు/రైడర్ బీమా సొమ్ములో పెరుగుదల/టాప్ అప్ అభ్యర్థనల కోసం ఉపయోగించాలి.
- ✓ ఈ ఫారంలోని ప్రశ్నలకు సంబంధించి, సంబంధిత వాస్తవాలన్నిటినీ (మెటీరియల్) ప్రతిపాదకుడు మరియు లైఫ్ అష్యూర్డ్ వెల్లడిస్తారనే అత్యంత నమ్మకంతో చేసిన కాంట్రాక్టు.
- ✓ పాలసీ పునరుద్ధరణ/బీమా సొమ్ము పెంపు/రైడర్ బీమా సొమ్ము పెంపు/టాప్ అప్‌లు తుది అండర్‌రైటింగ్ నిర్ణయం తేదీ నుంచి కంపెనీకి ప్రీమియం సొమ్ము సంపూర్ణంగా అందిన తేదీ నుంచి లేదా ప్రీమియం సవరణకు సమ్మతి అందిన తేదీ నుంచి, ఏది తరువాత అయితే అది, అమలులో ఉంటుంది.
- ✓ ఈ పిహెచ్‌డి **6** నెలలు చెల్లుబాటు అవుతుంది. ఒకవేళ పాలసీకి కనుక ఏవైనా రైడర్‌లు జతచేయబడితే, ఈ పిహెచ్‌డి **3** నెలలు చెల్లుతుంది.
- ✓ బీమా సొమ్ము పెంపు/రైడర్ చేర్పు ప్రాడక్ట్‌కి నిర్దుష్టంగా ఉంటాయి. వివరాల కోసం దయచేసి పాలసీ డాక్యుమెంటు చూడండి.

పాలసీ నంబరు/నంబర్లు: ________ ________ ________ **తేదీ:** D D M M Y Y Y Y

లైఫ్ అష్యూర్డ్ పేరు: ____________________
శ్రీ/మిస్/శ్రీమతి మొదటి పేరు ఇంటిపేరు

ప్రతిపాదకుని పేరు: ____________________
(లైఫ్ అష్యూర్డ్‌కి భిన్నంగా ఉంటే): శ్రీ/మిస్/శ్రీమతి మొదటి పేరు ఇంటిపేరు

సంప్రదించవలసిన నంబర్లు: ____________________
ఎస్‌టిడి నివాసం ఎస్‌టిడి కార్యాలయం ఎక్స్‌టెన్షన్ ఐఎస్‌డి మొబైల్

ఈమెయిల్ ఐడి: ____________________

నేను, ఇందుమూలంగా, దీనికి దరఖాస్తు చేస్తున్నాను

☐ పాలసీ పునరుద్ధరణ

☐ నా జీవిత/రైడర్ బీమా సొమ్మును ₹__________ నుంచి ₹__________ కి (ఎంపిక చేసిన ప్లాన్‌లకు అనుమతించబడుతుంది) పెంచండి

☐ రైడర్ చేర్పు (ఎంపిక చేసిన ప్లాన్‌లకు అనుమతించబడుతుంది)

దయచేసి నా పాలసీకి ఈ కింది రైడర్‌లు చేర్చండి:

రైడర్ పేరు	వ్యవధి (సంవత్సరాలు)	బీమా సొమ్ము (₹)	ప్రీమియం (₹)

దయచేసి ఈ కింది సమాచారం ఇవ్వండి: **అవును** **కాదు**

1. **లైఫ్ అష్యూర్డ్ ఎత్తు __________ సెం.మీ.లు. లైఫ్ అష్యూర్డ్ బరువు __________ కిలోలు .** ☐ ☐
2. **లైఫ్ అష్యూర్డ్ మంచి ఆరోగ్యంతో ఉన్నారా?**
   లేకపోతే, దయచేసి వివరాలు ఇవ్వండి: ____________________ ☐ ☐
3. **ఆరోగ్య ప్రశ్నలు:**
   - **a)** మీకు ఏదైనా శారీరక వికృతం/అంగవైకల్యం/పుట్టుక లోపం/అసాధారణత ఉందా? ☐ ☐
   - **b)** మీరు ఎప్పుడైనా ఎవరైనా డాక్టరును సంప్రదించారా లేదా ప్రస్తుతం మీరు ఏవైనా పరీక్షలు, పరిశోధనలు చేయించుకుంటున్నారా, ఏవైనా పరీక్షల లేదా పరిశోధన ఫలితాల కోసం వేచిచూస్తున్నారా లేదా సాధారణ పరీక్ష, పరిశీలన, చికిత్స లేదా సర్జరీ కోసం ఏవైనా పరీక్షలు, పరిశోధనలు లేదా సర్జరీ చేయించుకోవలసిందిగా లేదా ఆసుపత్రిలో చేరవలసిందిగా మీకు సలహా ఇవ్వబడిందా? ☐ ☐
   - **c)** మీకు క్యాన్సరు, కణితి, సిస్ట్ లేదా ఏదైనా ఇతర వృద్ధి ఉన్న విషయం మీకు తెలుసా లేదా ఏదైనా పరిశోధన లేదా చికిత్స కోసం మిమ్మల్ని ఆంకాలజిస్టు లేదా క్యాన్సరు ఆసుపత్రికి పంపించారా? ☐ ☐
   - **d)** వారం కంటే ఎక్కువ రోజులు చికిత్స/మందులు అవసరమయ్యే ఏదైనా అనారోగ్యం/గాయం/ప్రమాదం మీకు కలిగిందా? ☐ ☐
   - **e)** గత రెండు సంవత్సరాల్లో వైద్య కారణాలతో మీరు సెలవు తీసుకున్నారా? ☐ ☐
   - **f)** లైఫ్ అష్యూర్డ్ (''మీరు'') ఈ కింది వాటిల్లో దేనితోనైనా బాధపడుతున్నారా లేదా బాధపడ్డారా?
     - **(i)** డయాబెటీస్/అధిక రక్త చక్కెర/అధిక/తక్కువ బిపి (రక్త పోటు) ☐ ☐
     - **(ii)** కంటిచూపు లేదా మాటలో లేదా వినికిడిలో లోపం మరియు చెవుల నుంచి డిశ్చార్జితో సహా, కన్ను, చెవి, ముక్కు, గొంతు సమస్యలు కలిగాయా? ☐ ☐
     - **(iii)** కాలేయం, పునరుత్పత్తి వ్యవస్థకు సంబంధించిన సమస్యలు ☐ ☐
     - **(iv)** గత ఆరు నెలల్లో 10 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ కిలోలు బరువు తగ్గారా? ☐ ☐
     - **(v)** మెదడు, మానసిక/సైకియాట్రిక్ సమస్యలు, పార్కిన్‌సనిజం, మల్టిపుల్ స్లెరోసిస్, నాడీ వ్యవస్థ, స్ట్రోక్, పక్షవాతం, లేదా మూర్ఛలకి సంబంధించిన లక్షణాలు/రుగ్మతలు. ☐ ☐
     - **(vi)** ఆస్తమా, బ్రోంకైటిస్, ఉమ్మిలో రక్తం, క్షయ లేదా ఇతర శ్వాససంబంధ డిజార్డర్లు ☐ ☐
     - **(vii)** అనీమియా, రక్తం లేదా రక్తం సంబంధ సమస్యలు, ఆర్త్రైటిస్, పదేపదే కలుగుతుండే నడుము నొప్పి, డిస్కు జారిపోవడం లాంటి మస్కులోస్కెలెటల్ సమస్యలు లేదా వెన్నెముక, కీళ్ళు లేదా కాళ్ళ యొక్క ఏదైనా మరొక సమస్య లేదా కుష్ఠువ్యాధి. ☐ ☐
     - **(viii)** మీకు లేదా మీ జీవిత భాగస్వామికి ఎప్పుడైనా హెపటైటిస్ బి లేదా సి, హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్ లేదా ఏదైనా ఇతర సుఖ వ్యాధి కోసం పరీక్ష చేయబడిందా? ☐ ☐
     - **(ix)** ఛాతి నొప్పి, గుండె వేగంగా కొట్టుకొనుట, రుమాటిక్ జ్వరం, గుండె సణుగుడు, గుండె పోటు, ఊపిరాడకపోవడం లేదా ఏదైనా ఇతర గుండెకు సంబంధించిన డిజార్డరు. ☐ ☐
     - **(x)** మూత్రపిండం, ప్రాస్టేట్, హైడ్రోసిల్, మూత్ర వ్యవస్థకు సంబంధించిన లక్షణాలు/జబ్బులు ☐ ☐
     - **(xi)** గ్యాస్ట్రైటిస్, పొట్ట లేదా డియోడెనల్ అల్సరు, హెర్నియా, కాలేయం వ్యాధి, పచ్చకామెర్లు, హెపటైటిస్, ఫిస్టులా, మొలలు లేదా మరొక వ్యాధి లేదా గ్యాస్ట్రో ఇంటెస్టినల్ సిస్టమ్ యొక్క సమస్యలు ☐ ☐
     - **(xii)** థైరాయిడ్ డిజార్డరు లేదా ఏదైనా ఇతర వ్యాధి లేదా ఎండోక్రైన్ సిస్టమ్ సమస్యలు, అధిక కొలెస్ట్రాల్/హైపర్‌లిపిడెమియా ☐ ☐
     - **(xiii)** ఈ రాబోవు వాటిల్లో వేటినైనా మీరు చేయించుకున్నారా/చేయించుకోవలసిందిగా సిఫారసు చేయబడిందా– యాంజియోప్లాస్టీ, బైపాస్ సర్జరీ, మెదడు సర్జరీ, హార్ట్ వాల్వ్ సర్జరీ, అవోర్టా సర్జరీ లేదా అవయవ మార్పిడి లేదా ఏదైనా ఇతర ప్రధాన సర్జరీ లేదా చికిత్స. ☐ ☐
   - **g)** పైన తెలియజేయని ఏదైనా ఇతర జబ్బు లేదా బలహీనత ☐ ☐
4. **లైఫ్ అష్యూర్డ్ (''మీరు'') కనుక స్త్రీ అయితే, ఈ కింది ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వాలి:**
   - **a)** మీరు గైనకాలజీ సంబంధ సమస్యలతో బాధపడుతున్నారా/ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా? ☐ ☐
   - **b)** **i)** మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతా? అవును అయితే, ఎన్ని వారాలు __________ ☐ ☐
     - **ii)** ఏవైనా సంక్లిష్ట సమస్యలు, గర్భస్రావం, గర్భధారణను వైద్యపరంగా తీయించుకోవడం లేదా సిజేరియన్, వర్తిస్తే ☐ ☐
   - **c)** మీరు ఈ కింది వాటికి ఎప్పుడైనా ఏదైనా పరిశోధన లేదా చికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా వైద్య సలహా పొందారా లేదా ఫిజీషియన్‌ని సంప్రదించారా
     - **i)** సెర్విక్స్, యుటెరస్, అండం (అండాలు) లేదా యోని, అసాధారణ రక్తస్రావం, క్యాన్సరు లేదా వృద్ధి సమస్యలు లేదా వ్యాధిని అనుభవించారా? ☐ ☐
     - **ii)** రొమ్ము గడ్డ, సిస్ట్, ఫైబ్రోసిస్టిక్ వ్యాధి, చనుమొన మార్పులు లేదా డిశ్చార్జి, క్యాన్సరు లేదా వృద్ధి లాంటి రొమ్ము(ల) యొక్క ఏదైనా వ్యాధి లేదా సమస్య? ☐ ☐
     - **iii)** మీరు ఏదైనా మమ్మోగ్రామ్ లేదా పాప్‌స్మియర్ చేయించుకున్నారా? ☐ ☐

ఎక్నాలెడ్జ్‌మెంట్ స్లిప్

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య డిక్లరేషన్ ఫారం అందినట్లు ఇందుమూలంగా ధృవపరచడమైనది.

పాలసీ నంబరు: ________ ________ ________

తేదీ: D D M M Y Y Y Y

అందుకున్నవారు: ____________________

స్టాంపు
మరియు
సమయం

5. **ప్రశ్న నం. 3 లేదా 4కి సమాధానం 'అవును' అయితే, దయచేసి ఈ కింది వివరాలు ఇవ్వండి.**

జబ్బు/పరీక్ష స్వభావం: ______

రోగనిర్ధారణ/పరీక్ష తేదీ: ______

చికిత్స/కనుగొన్న విషయాల కాలం: ______

డాక్టరు/ఆసుపత్రి పేరు: ______

సెలవు కాలం మరియు తేదీలు: ______

సెలవు తీసుకోవడానికి గల కారణం (అనారోగ్యం, వ్యాధి, గాయం): ______

6. **లైఫ్ అష్యూర్డ్ ఈ కిందివి వినియోగిస్తున్నారా/వినియోగించారా?**

వినియోగించిన పదార్థం	అవును	లేదు	ఎలా వినియోగించారు	పరిమాణం/రోజుకు	ఎన్ని సంవత్సరాలుగా
పొగాకు			సిగార్/సిగరెట్/బీడీ/గుత్ఖ		
మద్యం			బీయర్/వైన్/ హార్డ్ లికర్		
ఏదైనా మాదకద్రవ్యం					

7. **లైఫ్ అష్యూర్డ్ పాలసీ జారీచేసిన/ఆఖరిసారిగా పునరుద్ధరణ చేసుకున్న తేదీ నుంచి అతని/ఆమె వృత్తి/నివాసం/వ్యాపకం మార్చుకున్నారా?** **అవును** ☐ **లేదు** ☐

అవును అయితే, వృత్తి (ఉదా: రసాయనిక కర్మాగారం, మైన్స్, పేలుళ్ళు, రేడియేషన్, కోసుకుపోయే రసాయనాలు, మొదలైనవి)/అవొకేషన్ (ఉదా: విమానయానం, డబ్బు చెల్లించి ప్రయాణీకుడిగా ప్రయాణించడం మినహా ఇతరవి, డైవింగ్, పర్వతారోహణం, ఏదైనా రకం రేసింగ్, మొదలైనవి). దయచేసి వివరాలు ఇవ్వండి: ______

8. **ఈ పాలసీ/ఆఖరి పునరుద్ధరణ ప్రతిపాదన తేదీ తరువాత, ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లేదా ఏదైనా ఇతర బీమా కంపెనీతో లైఫ్ అష్యూర్డ్ జీవితంపై బీమా పాలసీ(ల)కి, ఇతర ప్రతిపాదన/పునరుద్ధరణ దరఖాస్తు (ఏదైనా ఉంటే) స్థితి ఏమిటి?**

పాలసీ లేదా ప్రతిపాదన నం.	కంపెనీ పేరు	జారీ/దరఖాస్తు చేసిన తేదీ	మెడికల్ పాలసీ		వార్షిక ప్రీమియం(₹)	మౌలిక బీమా సొమ్ము(₹)	మౌలిక ప్లాన్-నిర్ణయం (ప్రామాణిక/అదనంగా/వాయిదాపడింది/తగ్గింది/పూర్తికాలేదు)	రైడర్‌ల పేరు మరియు నిర్ణయం తెలియజేయండి (ప్రామాణికం/అదనంగా/వాయిదాపడింది/తగ్గింది/పూర్తికాలేదు)	ఫోర్స్‌లో ఉంది /ల్యాప్స్ అయ్యింది (ల్యాప్స్ అయిన /పునరుద్ధరణ కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న సంవత్సరం తెలియజేయండి)
			అవును	కాదు					

*ఒకవేళ ఇవ్వబడిన స్థలం సరిపోకపోతే దయచేసి వేరే పత్రం జతచేయండి

డిక్లరేషన్ మరియు అధీకృతం

ఫారంలోని ప్రశ్నలను మరియు ఇలాంటి ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇచ్చేటప్పుడు భౌతిక మెటీరియల్‌ని వెల్లడించవలసిన ప్రాముఖ్యతను నేను/మేము సంపూర్ణంగా అర్థంచేసుకున్నామని నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాను/ము. ఫారంలోని ప్రశ్నలన్నిటికీ నేను/మేము ఇచ్చిన సమాధానాలు మరియు లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క ఆరోగ్య స్థితి మరియు అలవాట్ల గురించి మెడికల్ ఎగ్జామినర్‌కి ఇవ్వబడిన సమాచారం అంతా ప్రతి అంశంలోనూ నిజమని మరియు సంపూర్ణమని కూడా నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాను/ము మరియు నేను/మేము మెటీరియల్ సమాచారం దేనినీ నిలుపుదల చేయలేదని లేదా ఏదైనా భౌతిక వాస్తవాన్ని దాచిపెట్టలేదని కూడా నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాను/ము. ఈ ఫారంలోని స్టేట్‌మెంట్‌లను మరియు సమాధానాలను ఏ విధంగానూ మార్చేందుకు నేను/మేము బీమా అడ్వయిజర్‌కి, వైద్య ఎగ్జామినర్‌కి, లేదా ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్‌తో ముడిపడివున్న మరొక వ్యక్తి ఎవ్వరికీ స్టేట్‌మెంట్ ఇవ్వలేదు. ఈ ఫారంపై సంతకం చేసిన తరువాత మరియు పునరుద్ధరణ/రైడర్ చేర్పు/వ్యక్తిలో/ఆరోగ్య బీమా సొమ్ములో పెరుగుదల కోసం కంపెనీ రిస్కు అంగీకరించడానికి ముందు లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క ఆరోగ్య స్థితిలో లేదా వృత్తిలో ఏదైనా మార్పు ఉంటే కంపెనీకి తెలియజేస్తానని నేను/మేము వాగ్దానం చేస్తున్నాను/ము.

వైద్య పరీక్షల ద్వారా, వీటిల్లో ప్రయోగశాల పరీక్షలు, హృద్రోగ, రేడియోలాజికల్ పరిశోధనలు మరియు బ్యాక్టీరియల్/వైరల్/ఫంగల్ ఇన్ఫెక్షన్‌లను కనుగొనడానికి రక్త పరీక్షలతో సహా ఇతర వైద్య పరీక్షలు ఉంటాయి, ఆరోగ్య స్థితితో సహా లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క సమగ్ర స్థితినిపై స్క్రీనింగ్/ధృవీకరణ/పునర్ధృవీకరణ చేయడానికి నేను/మేము ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్‌కి ఇందుమూలంగా అధీకృతం ఇస్తున్నాను/ము. ఎలీసా పద్ధతగి ద్వారా హెచ్‌ఐవి 1/2 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా నా/మా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను/ము. ఈ పరీక్ష స్క్రీనింగ్ ఉద్దేశం కోసమేనని మరియు హెచ్‌ఐవి-ఎయిడ్స్ ధృవీకరణ కోసం కాదని నాకు/మాకు తెలుసు. ఈ దరఖాస్తును స్వీకరించడానికి నిరాకరించడానికి లేదా ప్రత్యామ్నాయ పదాలను అందించడానికి కంపెనీకి హక్కు ఉందని నాకు/మాకు అర్థమైంది.

ఈ దరఖాస్తు కింద మరియు ఆ తరువాత ఏ సమయంలోనైనా రిస్కును కంపెనీ మదింపుజేసేందుకు వీలుగా, ఇలాంటి వివరాలను కంపెనీకి విడుదల చేసేందుకు గత మరియు ప్రస్తుత యజమాని(ల)కు/వ్యాపార అసోసియేట్‌లకు/మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్‌కి/ఆసుపత్రికి మరియు మెడికల్ సోర్స్‌కి/ఏదైనా జీవిత మరియు జీవితేతర బీమా కంపెనీకి/లేదా సంస్థకు లేదా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ అసోసియేషన్ యొక్క మెడికిల్ రిజిస్టరుకు మరియు కంపెనీకి ఏదైనా జీవిత మరియు జీవితేతర కంపెనీకి/లేదా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ అసోసియేషన్ లేదా మెడికల్ రిజిస్టరుకు విడుదల చేయడానికి మరియు సంబంధమున్నట్లుగా పరిగణించిన ఉద్యోగ/వ్యాపార లేదా ఇతర వివరాలను ఇవ్వడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా అధీకృతం ఇస్తున్నాను/ము. ఏవైనా ప్రొడక్ట్‌లు మరియు సర్వీసులకు సంబంధించిన ప్రమోషన్ మెటీరియల్‌ని నాకు/మాకు సమకూర్చేందుకు/ఇచ్చేందుకు ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ నా/మా గురించి సమాచారం సేకరించవచ్చు మరియు ఉపయోగించవచ్చు. మార్గదర్శకాల్లో తెలియజేసినట్లుగా మరియు ప్రొడక్ట్ రకాన్ని బట్టి వర్తించినట్లుగా నిరీక్షణ వ్యవధి, పాలసీని పునరుద్ధరించిన తరువాత వర్తింపజేయబడుతుందని నేను/మేము ఇందుమూలంగా అంగీకరిస్తున్నాను/ము. పాలసీ కింద చెల్లించబడే ప్రీమియం మరియు ప్రయోజనాలతో సహా నియమ నిబంధనలు వర్తించే చట్టాల్లో మార్పులకు అనుగుణంగా ఉంటాయని కూడా నేను/మేము అర్థంచేసుకున్నాను/ము. ఈ ఫారం నా/మా జీవిత/ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కాంట్రాక్టులో భాగంగా ఉంటుంది.

లైఫ్ అష్యూర్డ్ సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర

పాలసీదారుని సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర
(లైఫ్ అష్యూర్డ్‌కి భిన్నంగా ఉంటే)

తేదీ: D D M M Y Y Y Y

స్థలం: ______

ప్రకటన

పాలసీదారుడు నిరక్షరాస్యుడైనప్పుడు లేదా అంగవైకల్యంతో బాధపడుతుండటం వల్ల రాత పరిమితమైతే లేదా పాలసీదారుడు మాతృ భాషలో సంతకం చేస్తే వర్తిస్తుంది. గమనిక: కంపెనీ ఉద్యోగి/అడ్వయిజర్ కాకుండా మరెవ్వరైనా ఈ కింది వాటికి సాక్షిగా ఉండాలి.

ఈ ఫారంలోని విషయాలు నాకు/మాకు చదివి వినిపించబడ్డాయని మరియు స్పష్టంగా వివరించబడ్డాయని మరియు నేను/మేము వాటిని సంపూర్ణంగా అర్థంచేసుకున్నానని/మని నేను/మేము ధృవపరుస్తున్నాను/ము. ఈ ఫారంలోని సమాధానాలు నేను/మేము ఇచ్చిన సమాచారం ప్రకారం నమోదుచేయబడ్డాయని కూడా నేను/మేము ధృవపరుస్తున్నాను/ము.

సాక్షి/ఫారం నింపుతున్న వ్యక్తి సంపూర్ణ పేరు ______ (పాలసీదారుడితో గల సంబంధం) ______

సాక్షి/ఫారం నింపుతున్న వ్యక్తి సంతకం

లైఫ్ అష్యూర్డ్ సంతకం/బొటనవేలి
ముద్ర/మాతృభాషలో సంతకం చేస్తున్న పాలసీదారుడు

తేదీ: D D M M Y Y Y Y

స్థలం: ______

దయచేసి మా కస్టమర్ సర్వీసు నంబరు 1860-266-7766కి కాల్ చేయండి (స్థానిక చార్జీలు వర్తిస్తాయి)

కాల్ సెంటరు సమయాలు: ఉదయం 9.00 నుంచి రాత్రి 9.00 గంటల వరకు. సోమవారం నుంచి శనివారం వరకు (జాతీయ సెలవు దినాలు మినహా)

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

కమ్యూనికేషన్ చిరునామా

ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, వినోద్ సిల్క్ మిల్స్ కాంపౌండ్, చక్రవర్తి అశోక్ నగర్, అశోక్ రోడ్డు, కాందివిలి (ఈస్ట్), ముంబయి - 400 101.