ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆ ಪತ್ರ

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕ ಸೂತ್ರಗಳು:

- ✓ ಈ ಫಾರ್ಮ್ ವಿಮೆ ಪಡೆದವರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು
- ✓ ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನವೀಕರಣ/ಎಸ್‌ಎ ದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಳ/ರೈಡರಣ ಅಥವಾ ಎಸ್‌ಎ ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ಲೈಫ್ ಪಾಲಿಸಿಗಾಗಿ ಟಾಪ್ ಅಪ್ ವಿನಂತಿಗಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿದೆ.
- ✓ ಅತ್ಯಂತ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ,ಪ್ರಪ್ರೋಸರ್ ಮೇಲಿನ ವಿಶ್ವಾಸದೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತು ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡವರು ಈ ಫಾರ್ಮನಲ್ಲಿ ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ (ಪ್ರಮುಖ) ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವರೆಂದು ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಒಪ್ಪಂದವಾಗಿದೆ.
- ✓ ಪಾಲಿಸಿ ನವೀಕರಣ/ ಎಸ್‌ಎನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ/ರೈಡರ್ ಎಸ್‌ಎ ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ಟಾಪ್ ಅಪ್ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ನಿರ್ಧಾರದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಅಥವಾ ಕಂಪನಿಯು ಪೂರ್ತಿ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಅಥವಾ ಅನ್ವಯಿಸುವ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕ, ಇದರಲ್ಲಿ ನಂತರ ಬರುವ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.
- ✓ ಈ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯ ಸಿಂಧುತ್ವ 6 ತಿಂಗಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೆಲ್ತ್ ರೈಡರ್‌ಸ್ನನ್ನು ಜೋಡಿಸಿದಾಗ, ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯ ಸಿಂಧುತ್ವ 3 ತಿಂಗಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ.
- ✓ ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್/ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ ಉತ್ಪನ್ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿ ದಸ್ತಾವೇಜವನ್ನು ನೋಡಿ.

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ./ಸಂ.ಗಳು: ______ ______ ______ **ದಿನಾಂಕ:** D D M M Y Y Y Y

ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ಹೆಸರು: ______
ಶ್ರೀ/ಕುಮಾರಿ/ಶ್ರೀಮತಿ ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು

ಪ್ರಪೋಸರ್ ಹೆಸರು: ______
(ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರಿಗಿಂತ ಬೇರೆಯವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ) ಶ್ರೀ/ಕುಮಾರಿ/ಶ್ರೀಮತಿ ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು

ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು: ______
ಎಸ್‌ಟಿಡಿ ಮನೆ ಎಸ್‌ಟಿಡಿ ಕಚೇರಿ ವಿಸ್ತರಣೆ ಐಎಸ್‌ಡಿ ಮೊಬೈಲ್

ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ: ______

ನಾನು, ಈ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿನ ವಿಷಯಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇನೆ:

- ☐ ಪಾಲಿಸಿ ನವೀಕರಣ
- ☐ ನನ್ನ ಲೈಫ್/ರೈಡರ್ ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್‌ನ್ನು ₹__________ ದಿಂದ ₹__________ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ (ಆಯ್ದ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯ)
- ☐ ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಳ (ಆಯ್ದ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಲಭ್ಯ)

ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಕಳಗಿನ ರೈಡರ್ಸ್ ಸೇರಿಸಿ:

ರೈಡರ್ ಹೆಸರು	ಅವಧಿ(ವರ್ಷಗಳು)	ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ (₹)	ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ (₹)

ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿ: **ಹೌದು** **ಇಲ್ಲ**

1. **ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ಎತ್ತರ __________ ಸೆ.ಮಿ. ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ತೂಕ __________ ಕೆಜಿ.** ☐ ☐
2. **ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರು ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?**
   ಇಲ್ಲವೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ವಿವರ ಕೊಡಿ: __________
3. **ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು:**
   - a) ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವ್ಯತ್ಯಯ/ವೈಕಲ್ಯತೆ/ಜನ್ಮಜಾತ ದೋಷ/ಅಸಾಮಾನ್ಯತೆಗಳು ಇರುತ್ತವೆಯೆ? ☐ ☐
   - b) ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್ಸ್‌ನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಧ್ಯ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್‌ಗಳು ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಪಡಬೇಕೆಂದು ಎಂದಾದರೂ ನಿಮಗೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೆ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಣೆ, ನಿರೀಕ್ಷಣೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? ☐ ☐
   - c) ನಿಮಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಟ್ಯುಮರ್, ಸಿಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಗಡ್ಡೆ ಬೆಳೆದುಕೊಂಡದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿತ್ತೆ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಿರಾ ಅಥವಾ ಹಾಗಿದ್ದುದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆಯಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್‌ಗಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಒಂಕಾಲಿಜಿಸ್ಟ್ ರಿಗೆ ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಸಲಹೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೆ? ☐ ☐
   - d) ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಅವಧಿಯ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ/ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಯ/ಘಾಸಿ/ಅಪಘಾತವಾಗಿತ್ತೆ? ☐ ☐
   - e) ಕಳೆದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ರಜೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವಿರಾ? ☐ ☐
   - f) ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರು(''ನೀವು'') ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬಳಲಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಬಳಲುತ್ತಿರುವರೆ?
     - (i) ಡೈಯಾಬಿಟಿಸ್/ಹೈ ಬ್ಲಡ್ ಶುಗರ್/ ಹೈ/ಲೊ ಬಿಪಿ (ಬ್ಲಡ್ ಪ್ರೆಶರ್) ☐ ☐
     - (ii) ದೃಷ್ಟಿಯ ಅಥವಾ ಮಾತಿನ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ಕೇಳಿಸುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ಕಿವಿ ಸೋರಿಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಗಂಟಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು. ☐ ☐
     - (iii) ಯಕೃತ್ತು, ಪುನರುತ್ಪಾದನೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಂದರೆಗಳು ☐ ☐
     - (iv) ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 10 ಕೆಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ತೂಕದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ☐ ☐
     - (v) ಮಿದುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣ/ಬಾಧೆ ಮಾನಸಿಕ/ಮನಶ್ಯಾಸ್ತ್ರೀಯ ಬಾಧೆ, ಪಾರ್ಕಿನ್‌ಸನಿಜಮ್, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕೆರೊಸಿಸ್, ನರ್ವಸ್ ಸಿಸ್ಟೆಮ್, ಸ್ಟ್ರೋಕ್, ಪ್ಯಾರಾಲೈಸಿಸ್ ಅಥವಾ ಎಪಿಲೆಪ್ಸಿ, ☐ ☐
     - (vi) ಅಸ್ಥಮಾ, ಬ್ರಾಂಕೆಟಿಸ್, ರಕ್ತ ಉಗುಳುವುದು, ಟ್ಯುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಾಸಿಸ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಉಸಿರಾಟದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು. ☐ ☐
     - (vii) ರಕ್ತಹೀನತೆ,ರಕ್ತ ಅಥವಾ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿ ತೊಂದರೆಗಳು ಆರ್ಥ್ರೈಟಿಸ್‌ನಂಥ ಮಸ್ಕ್ಯುಲೊಸ್ಕೆಲಿಟಲ್ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು, ಆಗಾಗ ಬರುವ ಬೆನ್ನುನೋವು, ಸ್ಲಿಪ್ಡ್ ಡಿಸ್ಕ್ ಅಥವಾ ಬೆನ್ನೆಲುಬಿನ, ಸಂದುಗಳ ಅಥವಾ ಅಂಗಾಂಗಗಳ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಥವಾ ಲೆಪ್ರಸಿ. ☐ ☐
     - (viii) ನಿಮ್ಮನ್ನು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತೆ? ☐ ☐
     - (ix) ಎದೆ ನೋವು, ಹೃದಯ ಡವಗುಟ್ಟುವುದು, ರೂಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಜ್ವರ, ಹೃದಯ ಶಬ್ದ ಮಾಡುವುದು, ಹೃದಯಾಘಾತ, ಉಸಿರುಗಟ್ಟುವುದು ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು. ☐ ☐
     - (x) ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರಾಶಯ, ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್, ಹೈಡ್ರೊಸೀಲ್, ಮೂತ್ರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು/ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು. ☐ ☐
     - (xi) ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಟಿಸ್, ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಡ್ಯುವೊಡಿನಲ್ ಅಲ್ಸರ್, ಹರ್ನಿಯಾ, ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕಾಮಾಲೆ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್,ಫಿಸ್ತುಲಾ, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರೊ ಇಂಟೆಸ್ಟಿನಲ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ. ☐ ☐
     - (xii) ಥೈರಾಯಿಡ್ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಥವಾ ಎಂಡೊಕ್ರಿನ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ, ಹೈ ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾಲ್/ಹೈಪರ್‌ಲಿಪಿಡಿಮಿಯಾ. ☐ ☐
     - (xiii) ನೀವು ಕಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷಣೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗೊಂಡಿರುವಿರಾ/ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೆ– ಎಂಜಿಯೊಪ್ಲಾಸ್ಟಿ, ಬೈಪಾಸ್‌ಸರ್ಜರಿ, ಬ್ರೇನ್ ಸರ್ಜರಿ, ಹಾರ್ಟ್ ವಾಲ್ವ್ ಸರ್ಜರಿ, ಓರ್ಟಾ ಸರ್ಜರಿ ಅಥವಾ ಅಂಗಾಂಗ ಮರುಜೋಡಣೆ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ದೊಡ್ಡ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ☐ ☐
   - g) ಮೇಲೆ ಹೇಳಿರದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ತೊಂದರೆ. ☐ ☐
4. **ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರು(''ನೀವು'') ಮಹಿಳೆಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು:**
   - a) ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಸ್ತ್ರಿ ರೋಗ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಿರಾ/ಬಳಲುತ್ತಿರುವಿರಾ? ☐ ☐
   - b) i) ಸಧ್ಯ ನೀವು ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿರುವಿರಾ? ಹೌದೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಳಿ __________ ☐ ☐
     - ii) ಯಾವುದೇ ಜಟಿಲತೆಗಳು, ಗರ್ಭಪಾತ, ಮೆಡಿಕಲ್ ಟರ್ಮಿನೇಶನ್ ಆಫ್ ಪ್ರಿಗ್ನನ್ಸಿ ಅಥವಾ ಸಿಜೇರಿಯನ್ ☐ ☐
   - c) ನೀವು ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಗಾಗಿ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ತಪಾಸಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಫಿಜಿಸೀಯನ್ ಬಳಿ ಹೋಗಿರುವಿರಾ:
     - i) ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ, ಗರ್ಭದ, ಅಡಾಶಯದ(ಅಂಡಗಳ) ಅಥವಾ ಯೋನಿಯ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಗಡ್ಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ☐ ☐
     - ii) ಸ್ತನದ ಲಂಪ್/ಸಿಸ್ಟ್ ನಂಥ ಸ್ತನದ/ಸ್ತನಗಳ ಯಾವುದೆ ಕಾಯಿಲೆ, ಫಿಬ್ರೊಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಮೊಲೆತೊಟ್ಟು ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವುದು ಅಥವಾ ಅಲ್ಲಿಂದ ದ್ರವ ಹೊರಬರುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಗಡ್ಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ☐ ☐
     - iii) ನೀವು ಮ್ಯಾಮೊಗ್ರಾಮ್ ಅಥವಾ ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮೀಯರ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವಿರಾ? ☐ ☐

ಪಡೆದ ರಸೀದಿ

ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಪಡೆದ ರಸಿದಿ ಇದಾಗಿದೆ

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ______ ______ ______

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y

ಪಡೆದವರು: ______

ಮೊಹರು
ಮತ್ತು
ಸಮಯ

5. **ಒಂದು ವೇಳೆ ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂ. 3 ಅಥವಾ 4 ಕ್ಕೆ ನಿಮ್ಮ ಉತ್ತರ ‘ ಹೌದು’ ಎಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ:**

ಬಾಧೆ/ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಸ್ವರೂಪ: ____________________

ತಪಾಸಣೆ/ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ: ____________________

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ/ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಅವಧಿ: ____________________

ವೈದ್ಯರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು: ____________________

ರಜೆಯ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕಗಳು: ____________________

ರಜೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಕಾರಣ(ಬಾಧೆ, ಕಾಯಿಲೆ, ಘಾಸಿ):

6. **ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರು ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ/ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ?**

ಸೇವಿಸಲಾಗುವ ವಸ್ತುಗಳು	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ಹೀಗೆ ಸೇವನೆ	ಪ್ರಮಾಣ/ದಿನಕ್ಕೆ	ಇಷ್ಟು ವರ್ಷದವರೆಗೆ
ತಂಬಾಕು			ಸಿಗಾರ್/ಸಿಗರೇಟ್/ಬೀಡಿ/ಗುಟಖ		
ಆಲ್ಕೊಹಾಲ್			ಬೀರ್/ವೈನ್/ಹಾರ್ಡ್ ಲೀಕರ್		
ಯಾವುದೇ ಮಾದಕ ದ್ರವ್ಯ					

7. **ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರು ಪಾಲಿಸಿ ಕೊಟ್ಟ/ಕಳೆದ ನವೀಕರಣದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗ/ಮನೆ/ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಂಡಿರುವರೆ?** **ಹೌದು** ☐ **ಇಲ್ಲ** ☐

ಹೌದೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವರ ಉದ್ಯೋಗ (ಉದಾ: ರಾಸಾಯನಿಕ ಫಾಕ್ಟರಿ, ಗಣಿಗಾರಿಕೆ, ಸ್ಫೋಟಕ, ವಿಕಿರಣ, ಸವೆತದ ರಾಸಾಯನಿಕ ಮುಂ. ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು)/ಕರ್ತವ್ಯ(ಉದಾ: ವಾಯುಯಾನ, ದರ ಕೊಟ್ಟು ಹೋಗುವ ಪ್ರವಾಸಿಗರನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಡೈವಿಂಗ್, ಮೌಂಟನಿಯರಿಂಗ್, ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕಾರದ ರೇಸಿಂಗ್ ಇತ್ಯಾದಿ) ಯಾವುದೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯ/ರಿಸ್ಕ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆಯೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರ ಕೊಡಿ: ____________________

8. **ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಪೋಸಲ್/ಕಳೆದ ನವೀಕರಣದ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರ, ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯವರ ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಗಾಗಿರುವ ಇತರ ಪ್ರಪೋಸಲ್/ನವೀಕರಣ(ಇದ್ದಲ್ಲಿ) ಅರ್ಜಿಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಏನಾಗಿರುವುದು?**

ಪಾಲಿಸಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಸಂ.	ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ಕೊಟ್ಟ/ ಅರ್ಜಿಯ ವರ್ಷ	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲಿಸಿ		ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ (₹)	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್ (₹)	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪ್ಲ್ಯಾನ್ - ಡಿಸಿಜನ್ (ಸ್ಟ್ಯಾ./ ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರಾ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ / ಪೋಸ್ಟಪೋನ್ಡ್/ ಡಿಕ್ಲೈನ್ಡ್/ ನಾಟ್ ಕಂಪ್ಲೀಟೆಡ್)	ರೈಡರ್ಸ್ ಹಾಗೂ ಡಿಸಿಜನ್ ಹೆಸರುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ (ಸ್ಟ್ಯಾ./ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರಾ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ/ ಪೋಸ್ಟಪೋನ್ಡ್/ ಡಿಕ್ಲೈನ್ಡ್/ ನಾಟ್ ಕಂಪ್ಲೀಟೆಡ್)	ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ/ ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಆಗಿದೆ (ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಆದ/ ನವೀಕರಣ ಅರ್ಜಿಯ ವರ್ಷ ತಿಳಿಸಿ)
			ಹೌದು	ಇಲ್ಲ					

*ಸ್ಥಳ ಸಾಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅನುಮತಿ

ಫಾರ್ಮನಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ವೆ ಮತ್ತು ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವಾಗ ಎಲ್ಲ ಮಹತ್ವದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವುದರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆಂದು ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ನಾನು/ನಾವು ಕೊಟ್ಟ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರಿಗೆ ವಿಮೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಕೊಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿ ಎಲ್ಲ ವಿಧದಲ್ಲಿಯೂ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಯಾವುದೇ ಮಹತ್ವದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿ ಇಟ್ಟಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮಹತ್ವದ ಸತ್ಯ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ತಡೆ ಹಿಡಿದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ನಾನು/ನಾವು ವಿಮೆಯ ಸಲಹೆಗಾರರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರು ಅಥವಾ ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದವರಿಗೆ ಅರ್ಜಿಯ ಹೇಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಗತಿಯಲ್ಲಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ನವೀಕರಣ/ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ/ಲೈಫ್/ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚೆ ಅವರ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ ಎಂದು ವಾಗ್ದಾನ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ/ವೆ.

ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಲ್/ವೈರಲ್/ಫಂಗಲ್ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನೊಳಗೊಂಡು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆ,ಕಾರ್ಡಿಯಾಕ್,ರೆಡಿಯೊಲಾಜಿಕಲ್ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಗಳ ಮೂಲಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಿತಿ ಗತಿಯನ್ನೊಳಗೊಂಡು ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿದವರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸ್ಥಿತಿ ಗತಿಯ ಸ್ಕ್ರಿನಿಂಗ್/ಕನಫರ್ಮೇಶನ್/ರೀಕನಫರ್ಮೇಶನ್ ಮಾಡಲು ಐಸಿಐಸಿಐ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ಇಲಿಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಮೂಲಕ ಎಚ್‌ಐವಿ1/2ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲೂ ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕೇವಲ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಇರುತ್ತದೆಯೇ ವಿನಃ ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಖಚಿತಪಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ. ಕಂಪನಿಯು ಇದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವ, ನಿರಾಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಈ ಫಾರ್ಮನಲ್ಲಿರುವ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಎನ್ನುವುದು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ.

ಈ ಅರ್ಜಿಯ ಆಡಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ತದನಂತರ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಗಳ ಮೌಲ್ಯಾಂಕನ ಮಾಡಲು ನಾನು ನನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಇಂದಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತ/ಬಿಜನೆಸ್ ಅಸೋಸಿಯೆಟ್ಸ್/ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೂಲ/ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಮತ್ತು ನಾನ್–ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ ಅಥವಾ ಸಂಘಟನೆ ಅಥವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರನ್ಸ್ ಅಸೊಸಿಯೇಶನ್ಸ್‌ಮೆಡಿಕಲ್ ರಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್‌ಗೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಮತ್ತು ನಾನ್–ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ಅಥವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಸೊಸಿಯೇಶನ್ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಜಿಸ್ಟರ್‌ಗೆ ಇಂಥ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಮತ್ತು ನೌಕರಿಯ/ವ್ಯಾಪಾರದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಸಮಂಜಸವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾದ ಇತರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಈ ಮೂಲಕ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ.ಲಿ. ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಉತ್ಪನ್ನ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ನಮಗೆ ಪ್ರಮೋಶನಲ್ ಮಟೀರಿಯಲ್‌ನ್ನು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಲು ಸಂಗ್ರಹಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ನಿರ್ದೇಶಕ ಸೂತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ ಮತ್ತು ಉತ್ಪನ್ನದ ವಿಧದ ಪ್ರಕಾರ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣದ ನಂತರವೇ ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಪಾಲಿಸಿ ಆಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಲಾಭಗಳು ಮತ್ತು ಪೀಮಿಯಮ್ ಒಳಗೊಂಡು ನಿಯಮ ಹಾಗೂ ಷರತ್ತುಗಳು ಆಯಾ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಕಾಯ್ದೆಗಳಲಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ಈ ಫಾರ್ಮ್ ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಲೈಫ್/ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿ ಕಾಂಟ್ರ್ಯಾಕ್ಟನ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y

ಸ್ಥಳ: ____________________

ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು

ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು
(ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರಿಗಿಂತ ಬೇರೆಯವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ)

ಘೋಷಣೆ

ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರು ಅಶಿಕ್ಷಿತರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಅವರ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಇದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಅವರು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಸೂಚನೆ: ಕಂಪನಿಯ ಸಲಹೆಗಾರ /ಪ್ರತಿನಿಧಿ /ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೊಬ್ಬರು ಕೆಳಗಿನದನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಬೇಕು.

ಈ ಫಾರ್ಮಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಅದನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಫಾರ್ಮನ್ನು ತುಂಬಿಸಲಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಫಾರ್ಮ್ ತುಂಬಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು ____________________ (ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ) ____________________

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y

ಸ್ಥಳ: ____________________

ಫಾರ್ಮ್ ತುಬಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ

ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ/
ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು

ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕ ರಹಿತ ನಂಬರಿಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ: 1860-266-7766(ಸ್ಥಳೀಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅನ್ವಯ)

ಕರೆ ಕೇಂದ್ರದ ಸಮಯ ಮುಂ.9:00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 9:00 ರವರೆಗೆ. ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ (ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ರಜಾ ದಿನಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ)

ICICI PRUDENTIAL
LIFE INSURANCE

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ

ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಸಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ., ವಿನೋದ್ ಸಿಲ್ಕ್ ಮಿಲ್ಸ್ ಕಂಪೌಂಡ್, ಚಕ್ರವರ್ತಿ ಅಶೋಕ ನಗರ, ಅಶೋಕ ರೋಡ್, ಕಾಂದಿವಲಿ(ಪೂ), ಮುಂಬಯಿ -400 101