# ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁ ହେଲ୍‌ଥ ସେଭର୍ - ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଞ୍ଚୟ ଲାଭ ଦାବି ପତ୍ର

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

## ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଆଦେଶାବଳୀ:

- ଏହି ଲାଭ କେବଳ ପଲିସୀ ଅନ୍ତର୍ଗତ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପାଇଁ ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଖର୍ଚ୍ଚ ଉପରେ ଦାବି କରାଯାଇପାରିବ ।
- ଏହି ଲାଭ କେବଳ ପଲିସୀ ଆରମ୍ଭ ଦିନାଙ୍କରୁ ତିନି ପଲିସୀ ବର୍ଷ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ହେବା ପରେ ପ୍ରାପ୍ତ ହେବ ଏବଂ ଏହା 3 ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପଲିସୀ ବର୍ଷ ପାଇଁ ପ୍ରିମିଅମ ପ୍ରଦାନ ଅଧୀନ ଅଟେ । ଖର୍ଚ୍ଚ ସମାପନ୍ ହୋଇଥିବା ଦିନାଙ୍କ ସୁଦ୍ଧା ପଲିସୀ ବଳବତ୍ତର ରହିଥିବା ଉଚିତ ।
- ଏହି ଲାଭ ପଲିସୀ ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ସହିତ ସମନ୍ୱୟ ଭାବରେ ୟୁନିଟ୍ ରଦ୍ଦୀକରଣ ଦ୍ୱାରା ଦେୟ ହେବ ।
- ପଲିସୀ ଅଧୀନରେ ଦାବି କରାଯାଇ ପାରୁଥିବା ସର୍ବାଧିକ ରାଶି ନିମ୍ନପ୍ରକାର ଅଟେ –

| ବର୍ଷ | 1 ରୁ 3 | 4 ରୁ 5 | 6 ରୁ 10 | ତାହାପରେ |
|---|---|---|---|---|
| ଦାବି କରାଯାଇ ପାରୁଥିବା ସର୍ବାଧିକ ଲାଭ | କିଛି ନାହିଁ | ଫଣ୍ଡର 20% | ଫଣ୍ଡର 50% | ଫଣ୍ଡର 100% |

- ଦୟାକରି ଅରିଜିନାଲ୍ ବିଲ୍/ ବ୍ୟୟ ପ୍ରମାଣ ସହିତ ଉପଯୁକ୍ତ ଭାବେ ପୂରଣ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷରିତ ହୋଇଥିବା ଏହି ଫର୍ମକୁ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ ।
- କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଏହି ଫର୍ମ ଦାଖଲକୁ ଦେୟତା ସ୍ୱୀକାର ରୂପେ ବିବେଚନା କରାଯିବା ଅନୁଚିତ ।
- କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ୍/ଆବଶ୍ୟକତା ପାଇଁ ଡକାଇବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ଅଟେ ।
- ଋବିନିୟାମକଙ୍କ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁସାରେ, ବୀମାପ୍ରଦାତା ସମସ୍ତ ଦେୟ ସିଧାସଳଖ ପଲିସୀଧାରକ/ନୋମିନୀ/ଗ୍ରହୀତାଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ଜମା କରିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

**ପଲିସୀ ନମ୍ବର** _____ **ତାରିଖ** D D M M Y Y Y Y

**ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ନାମ** _____
ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ/ସୁଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ ପ୍ରଥମ ନାମ କୁଳନାମ

**ଠିକଣା** _____

_____

ଚିହ୍ନିତ ସ୍ଥାନ _____ ପିନ୍/ଜିପ୍ କୋଡ୍ _____

**ସମ୍ପର୍କ ନଂ.** _____
ଏସ୍‌ଟିଡି ବାସସ୍ଥାନ ଏସ୍‌ଟିଡି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସମ୍ପ୍ରସାରଣ ଆଇଏସ୍‌ଡି ମୋବାଇଲ୍

**ଇ-ମେଲ୍ ଆଇଡି** _____

**ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ର ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ । (ଆପଣଙ୍କ ନିବେଦନକୁ ଅଗ୍ରଗତି କରିବା ପାଇଁ ଅନ୍ତତଃ ଗୋଟିଏ ସମ୍ପର୍କ ନଂ. ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ । ଉପରୋକ୍ତ ସମ୍ପର୍କ ବିବରଣୀ ସମସ୍ତ ଭବିଷ୍ୟତ ଯୋଗାଯୋଗ ପାଇଁ ଅପଡେଟେଡ୍ ହେବ)**

**ଆପଣ ଜଣେ ରାଜନୈତିକ ପରିପ୍ରକାଶ ବ୍ୟକ୍ତି (ପଲିସୀଧାରକ) ଅଟନ୍ତି :** ☐ ହଁ ☐ ନା

ରାଜନୈତିକ ପରିପ୍ରକାଶ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ କି ନିଜେ ବା ସେମାନଙ୍କର କୌଣସି ପରିବାର ସଦସ୍ୟ ଓ ନିକଟ ସମ୍ପର୍କୀୟଙ୍କ ସମେତ ବିଦେଶରେ ପ୍ରମୁଖ ସରକାରୀ କାର୍ଯ୍ୟ କରିଥାନ୍ତି, ରାଜ୍ୟ ବା ସରକାରୀ ମୁଖ୍ୟ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନୀତିଜ୍ଞ, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ/ବିଚାରାଳୟ/ସାମରିକ କର୍ମଚାରୀ, ରାଜ୍ୟ ନିଗମର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ରାଜନୈତିକ ଦଳର କର୍ମଚାରୀ ଅଟନ୍ତି । ଡିଫଲ୍ଟ ଭାଲ୍ୟୁ ନଥିବା (ନୋ) ରୂପେ ବିବେଚନା କରାଯିବ, ଯଦି ଖାଲି ଛଡା ଯାଇଥାଏ ।

**ଖର୍ଚ୍ଚର ବିବରଣୀ (କଭର ହେଉଥିବା ଖର୍ଚ୍ଚ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ପୃଷ୍ଠା 2 ରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ)**

| ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ | ସମ୍ବନ୍ଧ (ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ସହିତ) | ଖର୍ଚ୍ଚର ବିବରଣୀ | ଖର୍ଚ୍ଚ ତାରିଖ | ବିଲ୍/ ତାଲିକା ନଂ. | ରାଶି (₹) | ତାଲିକା ସପକ୍ଷରେ ଦାଖଲ ଅରିଜିନାଲ୍ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | dd/mm/yyyy | | | |
| | | | dd/mm/yyyy | | | |
| | | | dd/mm/yyyy | | | |
| | | | dd/mm/yyyy | | | |
| | | | dd/mm/yyyy | | | |
| ମୋଟ ଦାବି ରାଶି | | | | | | |

**ତାରିଖ** D D M M Y Y Y Y

_____
ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

**ଦୟାକରି ଦସ୍ତାବିଜ୍‌କୁ ନିକଟସ୍ଥ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ ଶାଖା ବା ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କୋ.ଲିଃ, ବିଏସ୍‌ଏଏଲ୍ ଟେକ୍, ସି-ୱିଙ୍ଗ୍, 1ମ ମହଲା, ୱାଶି, ନଭି ମୁମ୍ବଇ 400 703, ମହରାଷ୍ଟ୍ର ।**

© 2012, ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କୋ.ଲିଃ, ପଞ୍ଜିକୃତ ଠିକଣା: ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଲାଇଫ୍ ଟାୱର, 1089 ଅପାସାହେବ ମରାଠେ ମାର୍ଗ, ପ୍ରଭାଦେବୀ, ମୁମ୍ବଇ–400025, ପଞ୍ଜିକରଣ ନଂ.–105, ବୀମା ଆଗ୍ରହର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଅଟେ । ୟୁଆଇଏନ୍ UIN - 105N087V01, Comp/doc/ Mar/ 2012/994.

## ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ଚିରକୁଟ୍

**ଏହା ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁ ହେଲ୍‌ଥ ସେଭର୍ - ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଞ୍ଚୟ ଲାଭ ଦାବି ପତ୍ର**

**ପଲିସୀ ନମ୍ବର** _____ **ତାରିଖ** D D M M Y Y Y Y

**ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ନାମ** _____

**କର୍ମଚାରୀ ନାମ ଓ କୋଡ୍** _____

**ଶାଖା** _____

ମୋହର ଓ ସମୟ

ଦୟାକରି ଜାଣି ରଖନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ଚିରକୁଟ୍‌କୁ ଦେୟତା ଗ୍ରହଣ ରୂପେ ବିବେଚନା ହେବା ଅନୁଚିତ ।

# ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁ ହେଲ୍‌ଥ ସେଭର୍ - ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଞ୍ଚୟ ଲାଭ ଦାବି ପତ୍ର

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

**ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱୀକାରପତ୍ର:**

ପ୍ରସ୍ତାବକ ନିରକ୍ଷର ବା ବିକଳାଙ୍ଗତା ପୀଡିତ ହେତୁ ଯିଏ ଲେଖିବା ପାଇଁ ଅକ୍ଷମ ଅଟନ୍ତି ବା ଯେଉଁଠି ପ୍ରସ୍ତାବକ ମାତୃଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛନ୍ତି ସେହି କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଅଟେ । (ଟିପ୍ପଣୀ: ନିମ୍ନଲିଖିତ ନିଶ୍ଚିତ ରୂପେ ଉପଦେଷ୍ଟା/କମ୍ପାନୀର କର୍ମଚାରୀ ବ୍ୟତୀତ କିଛି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ ହୋଇଥିବା ଉଚିତ)

ମୁଁ/ଆମେ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ ଯେ ଫର୍ମରେ ଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ/ଆମକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ରୂପେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ/ଆମେ ତାହାକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିଛୁ । ମୁଁ/ଆମେ ଅଧିକନ୍ତୁ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ ଯେ ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଉତ୍ତର ମୋ/ଆମ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁସାରେ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଛି ।

ମୁଁ(ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ)_____ ଙ୍କ ପୁଅ/ଝିଅ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ଓ_____ ର ଅଧିବାସୀ_____ ରେ ବାସକରୁଛି ଏବଂ (ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ବନ୍ଧ)_____ ଏତଦ୍ୱାରା ପ୍ରକାଶ କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଫର୍ମରେ ଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ପଢିଛି ଏବଂ ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ/ଶ୍ରୀମତୀ/ସୁଶ୍ରୀ_____ _____ ଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି ଏବଂ ସେ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ପଲିସୀର ସମସ୍ତ ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ତଥା ଏହାର ଧାରାକୁ ମାନିବା ପାଇଁ ଏକମତ ଅଟେ । ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏଠାରେ ଉପରେ ଯାହା ପ୍ରକାଶ କରିଛି ତାହା ମୋ ଜ୍ଞାତ ସାରରେ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଉପରେ ସତ୍ୟ ଓ ସଠିକ୍ ଅଟେ । ଏହା ଉପରେ _____ ରେ ଔପଚାରିକତାର ଦୃଢ ଘୋଷଣା କରିଛି ।

**ଠିକଣା**

ଚିହ୍ନିତ ସ୍ଥାନ  ପିନ୍/ଜିପ୍ କୋଡ୍

**ସମ୍ପର୍କ ନମ୍ବର**

ଏସ୍‌ଟିଡି  ବାସସ୍ଥାନ  ଏସ୍‌ଟିଡି  କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ  ସମ୍ପ୍ରସାରଣ  ଆଇଏସ୍‌ଡି  ମୋବାଇଲ୍

ତାରିଖ D D M M Y Y Y Y

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର  ସ୍ୱାକ୍ଷର/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଟିପ ଚହ୍ନ

***କଭର ହେଉଥିବା ଖର୍ଚ୍ଚର ପ୍ରକାର ଓ ଆବଶ୍ୟକ ଦସ୍ତାବିଜ୍**

| | |
|---|---|
| 1. ହସ୍ପିଟାଲାଇଜେଶନ୍ ଖର୍ଚ୍ଚ ଯାହା ମେଡିକାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ ଅଧୀନରେ କଭର ସୀମାକୁ ଅତିକ୍ରମ କରୁଛି | ହସ୍ପିଟାଲ୍ ବିଲ୍‌ର ଫଟୋକପିଜ୍ + ମେଡିକାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କମ୍ପାନୀ ଠାରୁ ଘୋଷଣା |
| 2. ମେଡିକାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ ଦ୍ୱାରା କଭର ହୋଇନଥିବା ହସ୍ପିଟାଲାଇଜେଶନ୍ ଖର୍ଚ୍ଚ | ମୂଳ ବିଲ୍ + ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଠାରୁ ଘୋଷଣା |
| 3. ମେଡିକାଲ୍ କଭରର ଅଂଶ ରୂପେ ସହପରିଶୋଧ | ଫଟୋକପିଜ୍ ଯଦି ହସ୍ପିଟାଲ୍ ବିଲ୍ + ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଠାରୁ ଘୋଷଣା (ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁ ଫର୍ମାଟ୍) + ସ୍ପଷ୍ଟ ରୂପେ ସହପରିଶୋଧ ରାଶି ହ୍ରାସ ସୂଚାଉଥିବା ମେଡିକାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କମ୍ପାନୀ ଠାରୁ ଘୋଷଣା |
| 4. ମେଡିସିନ୍ ଓ ଡ୍ରଗ୍‌ସ + ମେଡିକାଲ୍ ଉପକରଣ, ନିଦାନ ଖର୍ଚ୍ଚ, ଦନ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଖର୍ଚ୍ଚ, ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପାଖକୁ ଗସ୍ତ | ଅରିଜିନାଲ୍ ବିଲ୍ + ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଠାରୁ ଘୋଷଣା (ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁ ଫର୍ମାଟ୍) |

**ଇଲେକଟ୍ରୋନିକ୍ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ (ଆପଣଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାକୁ ସିଧାସଳଖ ଫଣ୍ଡ ଟ୍ରାନ୍ସଫର୍) ଦୟାକରି କ୍ୟାନସେଲ୍ ଚେକ୍/ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଚେକ୍ କପି ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ**

ଖାତାଧାରକଙ୍କ ନାମ (ଯେପରି ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ)

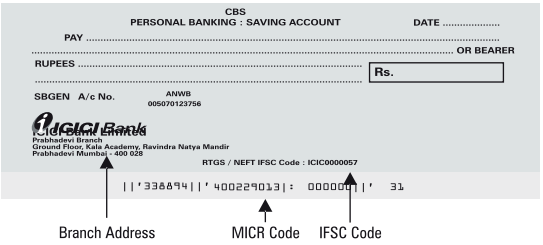
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ

ଶାଖା ନାମ ଓ ଠିକଣା

ସିବିଏସ୍ ଖାତା ନଂ.

ଏମ୍‌ଆଇସିଆର୍ କୋଡ୍

9 ଅଙ୍କର କୋଡ୍ ଯେପରି ବ୍ୟାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଜାରି ଚେକ୍ କପି ଉପରେ ପ୍ରଦର୍ଶିତ । ଦୟାକରି ଏମ୍‌ଆଇସିଆର୍ କୋଡ୍ ଯାଞ୍ଚ ନିମନ୍ତେ ଏକ କ୍ୟାନସେଲ୍ ଚେକ୍ କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।




ଏକାଉଣ୍ଟର ପ୍ରକାର  ☐ କରେଣ୍ଟ ଏକାଉଣ୍ଟ  ☐ ସେଭିଂ ଏକାଉଣ୍ଟ

ଏହି ଫର୍ମରେ ମନୋନୀତ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ ପଦ୍ଧତି ଦାବିଦାରଙ୍କୁ ସମସ୍ତ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହୃତ ହେବ । ଦେୟ ପଲିସୀର ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ଅଧୀନ ହେବ । ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଇଲେକଟ୍ରୋନିକ୍ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ ପଦ୍ଧତି ପରିବର୍ତ୍ତେ ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ/ଚେକ୍ ପ୍ରତି ଦେୟ ସମେତ ଯେକୌଣସି ବୈକଳ୍ପିକ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ ପଦ୍ଧତି ବାଛିବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ଅଟେ । ଆଇଏଫ୍‌ଏସ୍‌ସି କୋଡ୍ ପ୍ରଦାନ କରିବାର ଦାୟିତ୍ୱ ଗ୍ରାହକଙ୍କର ଅଟେ । ଦୟାକରି ଜାଣି ରଖନ୍ତୁ ଯେ ଆର୍‌ଟିଜିଏସ୍ ପାଇଁ ଆଇଏଫ୍‌ଏସ୍‌ସି କୋଡ୍ ଓ ଏନ୍‌ଇଏଫ୍‌ଟି ପାଇଁ ଆଇଏଫ୍‌ଏସ୍‌ସି କୋଡ୍ ଭିନ୍ନ ହୋଇପାରେ ।

ଯଦି ମୋ ବ୍ୟାଙ୍କ ଖାତାରେ ଜମା ନହୁଏ ବା କାରବାର ବିଳମ୍ବିତ ହୁଏ ବା ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ/ଭୁଲ୍ ସୂଚନା କାରଣରୁ ଆଦୌ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ନହୁଏ ସେ କ୍ଷେତ୍ରରେ ମୁଁ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କମ୍ପାନୀ ଲିଃ କୁ ଦାୟୀ କରିବି ନାହିଁ ।

×

**ମାଲିକ/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ ଚିହ୍ନ**  ସ୍ଥାନ: _____  ତାରିଖ: DD/MM/YYYY.

**କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ (ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟ)**

**ପଲିସୀ ନମ୍ବର**  **ତାରିଖ** D D M M Y Y Y Y

**ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ନାମ**

**ଅରିଜିନାଲ୍ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ଦାଖଲ କରିଛନ୍ତି** ☐ ହଁ ☐ ନା

**କର୍ମଚାରୀ ନାମ ଓ କୋଡ୍:** _____

**ସ୍ପାର୍କ କଲ୍ ଆଇଡି:** _____

ମୋହର ଓ ସମୟ

© 2012, ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କୋ.ଲିଃ, ପଞ୍ଜିକୃତ ଠିକଣା: ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଲାଇଫ୍ ଟାୱର, 1089 ଅପାସାହେବ ମରାଠେ ମାର୍ଗ, ପ୍ରଭାଦେବୀ, ମୁମ୍ବଇ–400025, ପଞ୍ଜିକରଣ ନଂ.–105, ବୀମା ଆଗ୍ରହର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଅଟେ । ୟୁଆଇଏନ୍ UIN - 105N087V01, Comp/doc/ Mar/ 2012/994.

ଦୟାକରି ଆମର ଗ୍ରାହକ ସେବା ନମ୍ବର 1860-266-7766 (ଲୋକାଲ୍ ଚାର୍ଜ ଲାଗୁ)ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ
କଲ୍ ସେଣ୍ଟର ସମୟ: ସକାଳ 9.00 ରୁ ରାତି 9.00 ଘଟିକା ସୋମବାର ରୁ ଶନିବାର (ଜାତୀୟ ଛୁଟି ଦିବସ ବ୍ୟତୀତ)

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

**ସମ୍ପର୍କ ଠିକଣା**

ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କମ୍ପାନୀ ଲିଃ, ବିନୋଦ ସିଲ୍କ ମିଲ୍‌ସ କମ୍ପାଉଣ୍ଡ, ଚକ୍ରବର୍ତ୍ତିଅଶୋକ ନଗର, ଅଶୋକ ରୋଡ୍, କାଣ୍ଡିଭାଲି (ପୂ), ମୁମ୍ବଇ 400 101.