వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ప్రకటన ఫారం

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

మార్గదర్శకాలు:

- బీమా అనేది ఈ ఫారంలోని ప్రశ్నలకు సంబంధించిన సంబంధిత (భౌతిక) వాస్తవాలన్నిటినీ వెల్లడించేందుకు ప్రతిపాదకునితో మరియు లైఫ్ అష్యూర్డ్‌తో అత్యంత నమ్మకంతో, విశ్వాసంతో చేసుకున్న కాంట్రాక్టు.
- పాలసీ పునరుద్ధరణ/ఆరోగ్య బీమా సొమ్ములో పెరుగుదల/రైడర్ చేర్పు/బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి/వ్యక్తుల చేర్పు
- ఈ వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ప్రకటన మూడు నెలల పాటు చెల్లుతుంది.
- బీమా సొమ్ము/రైడర్ చేర్పు/లైఫ్ అష్యూర్డ్ చేర్పు ప్రొడక్ట్‌కి నిర్దుష్టంగా ఉంటాయి. వివరాల కోసం దయచేసి పాలసీ డాక్యుమెంటు చూడండి

పాలసీ నం.: .... **తేదీ:** DD/MM/YYYY

లైఫ్ అష్యూర్డ్ (ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్‌లలో ప్రాథమిక వ్యక్తి) ....
మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు

పాలసీదారుని పేరు: ....
మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు

చిరునామా ....

....

....

నగరం .... రాష్ట్రం .... దేశం .... పిన్ కోడ్ ....

ఎస్‌టిడి కోడ్‌తో టెలిఫోన్ .... **మొబైల్ నంబరు** ....

ఈ-మెయిల్ ఐడి ....

పాలసీ ప్రారంభ తేదీ: DD/MM/YYYY **ప్రాథమిక వ్యక్తి పుట్టిన తేదీ** (ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్‌లకు) DD/MM/YYYY

నేను, ఇందుమూలంగా, దీనికి దరఖాస్తు చేస్తున్నాను (దయచేసి ఒకే ఒక దానిపై టిక్‌పెట్టండి):

- ☐ పాలసీ పునరుద్ధరణ (ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్‌లకు, దయచేసి వ్యక్తులందరి వివరాలు పంచుకోండి)
- ☐ నా ఆరోగ్య/రైడర్ బీమా సొమ్మును ₹____________________ నుంచి ₹____________________కి (ఎంపిక చేసిన ప్లాన్‌లకు అనుమతించబడుతుంది) పెంచండి
- ☐ అదనపు రైడర్ (ఎంపిక చేసిన ప్లాన్‌లకు అనుమతించబడుతుంది)
- ☐ బీమా చేస్తున్న అదనపు వ్యక్తి/వ్యక్తులు (ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్‌లు)

1. బీమా చేస్తున్న అదనపు వ్యక్తి/వ్యక్తులు (బీమా చేస్తున్న వ్యక్తిని ఇప్పుడున్న పాలసీకి చేరిస్తేనే నింపాలి)

	జీవిత భాగస్వామి	శిశువు 1	శిశువు 2	శిశువు 3
ఎ) పేరు				
బి) పుట్టిన తేదీ	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
సి) లింగభేదం	☐ పురుషుడు ☐ స్త్రీ	☐ పురుషుడు ☐ స్త్రీ	☐ పురుషుడు ☐ స్త్రీ	☐ పురుషుడు ☐ స్త్రీ
డి) వైవాహిక స్థితి				
ఇ) జాతీయత	☐ ఇండియన్ ☐ నాన్–ఇండియన్	☐ ఇండియన్ ☐ నాన్–ఇండియన్	☐ ఇండియన్ ☐ నాన్–ఇండియన్	☐ ఇండియన్ ☐ నాన్–ఇండియన్
ఎఫ్) నివాస స్థితి	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N
జి) వయస్సు ధృవీకరణ				
హెచ్) విద్య				
ఐ) యోగ్యత				
జె) వృత్తి				
కె) సంస్థ రకం				
ఎల్) సంస్థ పేరు				
ఎం) ప్రస్తుత ఉద్యోగంలో సంవత్సరా				
ఎన్) వార్షిక ఆదాయం				

డి) వైవాహిక స్థితి: **U**- వివాహితులు; **M**- వివాహితులు; **W**- డబ్ల్యు– వితంతువు; **D**- విడాకులిచ్చారు

ఎఫ్) నివాస స్థితి: **I**- రెసిడెంట్ ఇండియన్; **N**-నాన్ రెసిడెంట్ ఇండియన్

జి) వయస్సు ధృవీకరణ: **PSPT** - పాస్‌పోర్టు; **DL** - డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ **SC** - స్కూలు/కాలేజ్ సర్టిఫికెట్; ఇతరులు– దయచేసి తెలియజేయండి.

హెచ్) విద్య: నిరక్షరాస్యులు - **UEDU**; 10వ తరగతి లోపు - **<SSC**; 10th- **SSC** ; 12th - **HSC**; గ్రాడ్యుయేట్- **GRAD**; పోస్టు గ్రాడ్యుయేట్- **PGD**; డిప్లొమా- **DIP**

ఐ) యోగ్యత: మేనేజర్ - **M**; చార్టర్డ్ అకౌంట్ - **C**; డాక్టరు - **D**; ఇంజినీర్ - **E**; అడ్వకేట్ - **L**; ఇతరులు (తెలియజేయండి)

జె) వృత్తి: శాలరీడ్- **SP**; వ్యాపారం- **BSEM**; ప్రొఫెషనల్- **PROF**; విద్యార్థి- **STDN**; గృహిణి- **HSWF**; రిటైర్డ్ లేదా పెన్షనర్ - **RETD**; స్వయం ఉపాధి - **SELF**; వ్యవసాయం- **AGRI**; ఇతరులు- **OT**

కె) సంస్థ రకం: ఎంఎన్‌సి; పబ్లిక్ లిమిటెడ్; ప్రైవేట్ లిమిటెడ్; పార్ట్‌నర్ లేదా ప్రొప్రయిటర్; ప్రభుత్వం; ట్రస్టు; ఇతరులు (తెలియజేయండి)

2. చేర్చవలసిన రైడర్‌ల వివరాలు

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

3. బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి/వ్యక్తుల వ్యక్తిగత వివరాలు

సింగిల్ లైఫ్ ప్లాన్‌ల కోసం, దయచేసి ప్రాథమిక వ్యక్తి కింద మాత్రమే నింపండి. ఏవైనా ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్‌లకు, దయచేసి వ్యక్తులందరి వివరాలు ఇవ్వండి.

	ప్రాథమిక వ్యక్తి	జీవిత భాగస్వామి	శిశువు 1	శిశువు 2	శిశువు 3
ఎ. ఎత్తు (సెం.మీ)					
బి. బరువు (కిలోలు)					

ప్రాథమిక వ్యక్తి		జీవిత భాగస్వామి		శిశువు 1		శిశువు 2		శిశువు 3	
అవును	కాదు	అవును	కాదు	అవును	కాదు	అవును	కాదు	అవును	కాదు

సి. జీవన శైలి వివరాలు

i) మీ వృత్తి ఏదైనా నిర్దిష్టమైన ప్రమాదంతోకూడుకొనివుంటుందా? (ఉదా: రసాయనిక కర్మాగారం, మైన్స్, పేలుళ్ళు, రేడియేషన్, కోసుకుపోయే రసాయనాలు, ఎత్తుల్లో పనిచేయడం, డైవింగ్ మొదలైనవి)?

ii) మీరు ఆర్మ్‌డ్, పారామిలిటరి లేదా పోలీసు ఫోర్స్‌ల్లో పనిచేస్తున్నారా?

iii) ఏదో విధంగా ప్రమాదకరంకాదగిన కార్యకలాపాల్లో మీరు పాల్గొంటున్నారా లేదా మీకు అలాంటి అలవాట్లు ఉన్నాయా?

iv) మీరు ఎప్పుడైనా ధూమపానం, మద్యపానం లేదా ఏవైనా మాదకద్రవ్యాలు వాడారా లేదా వాడుతున్నారా? (అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎంత పరిమాణంలో మరియు ఎన్ని సంవత్సరాలుగా వాడుతున్నారో వేరే పత్రంలో తెలియజేయండి).

డి. ఆరోగ్య వివరాలు

i) మీకు పుట్టుకతో ఏదైనా లోపం/అసాధారణత ఉందా?

ii) మీకు ఏదైనా శారీరక వికృతరూపం/అంగవైకల్యం ఉందా లేదా మొబిలిటి కోసం ఏదైనా యాంత్రిక/భౌతిక సహాయం తీసుకుంటారా?

iii) గత 5 సంవత్సరాల్లో, ఏదైనా జబ్బు లేదా గాయానికి మీరు 2 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ రోజులు ఆసుపత్రిలో చేరారా లేదా వరుసగా 7 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ రోజులు వైద్య చికిత్స పొందారా లేదా ఏవైనా సర్జికల్ ప్రక్రియలు లేదా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు (మమ్మోగ్రామ్ మరియు పిఏపి స్మియర్‌తో సహా) చేయించుకున్నారా లేదా వైద్య పరీక్షల్లో అసాధారణ ఫలితాలు వెల్లడయ్యాయా లేదా ఏదైనా పరీక్ష లేదా ఇన్వెస్టిగేషన్ లేదా సర్జరీ చేయించుకోవలసిందిగా మీకు సలహా ఇవ్వబడిందా?

iv) మీకు క్యాన్సరు, కణితి, సిస్ట్ లేదా ఏదైనా ఇతర వృద్ధి ఉన్న విషయం మీకు తెలుసా లేదా వాటితో మీరు ఎప్పుడైనా ఆసుపత్రిలో చేరారా లేదా చికిత్స పొందారా?

v) వారం కంటే ఎక్కువ రోజులు చికిత్స/మందులు అవసరమయ్యే ఏదైనా అనారోగ్యం/గాయం/ప్రమాదం కలిగిందా?

vi) గత 2 సంవత్సరాల్లో, వరుసగా 2 కంటే ఎక్కువ రోజులు మీరు వైద్య కారణాలతో సెలవు తీసుకున్నారా?

ఇ. మీరు ఈ కింది వాటిల్లో దేనితోనైనా బాధపడుతున్నారా లేదా ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా?

a. డయాబెటీస్/అధిక రక్త చక్కెర

b. అధిక/తక్కువ బిపి (రక్త పోటు)

c. కంటిచూపు లేదా మాటలో లేదా వినికిడిలో లోపం లేదా చెవుల నుంచి డిశ్చార్జితో సహా, కన్ను, చెవి, ముక్కు, గొంతు సమస్యలు కలిగాయా?

d. గత ఆరు నెలల్లో బరువులో మార్పు 10 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ కిలోలు ఉందా?

e. మెదడు, మానసిక/సైకియాట్రిక్ సమస్యలు, పార్కిన్‌సనిజం, మల్టిపుల్ స్లెరోసిస్, నాడీ వ్యవస్థ, స్ట్రోక్, పక్షవాతం, లేదా మూర్ఛలకి సంబంధించిన లక్షణాలు/రుగ్మతలు.

f. ఆస్తమా, బ్రోంకైటిస్, ఉమ్మిలో రక్తం, క్షయ లేదా ఇతర శ్వాససంబంధ డిజార్డర్లు

g. అనీమియా, రక్తం లేదా రక్తం సంబంధ సమస్యలు

h. ఆర్థ్రైటిస్, పదేపదే కలుగుతుండే నడుము నొప్పి, డిస్కు జారిపోవడం లాంటి మస్కులోస్కెలెటల్ సమస్యలు లేదా వెన్నెముక, కీళ్ళు లేదా కాళ్ళ యొక్క ఏదైనా మరొక సమస్య లేదా కుష్ఠువ్యాధి.

i. మీకు లేదా మీ జీవిత భాగస్వామికి ఎప్పుడైనా హెపటైటిస్ బి లేదా సి, హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్ లేదా ఏదైనా ఇతర సుఖ వ్యాధి ఉన్నట్లు పరీక్షలో వెల్లడైందా?

j. ఛాతి నొప్పి, గుండె వేగంగా కొట్టుకొనుట, రుమాటిక్ జ్వరం, గుండె సణుగుడు, గుండె పోటు, ఊపిరాడకపోవడం లేదా ఏదైనా ఇతర గుండె సంబంధ సమస్య

k. మూత్రపిండం, బ్లాడర్/ప్రొస్టేట్, వృషణాలు, వృషణతిత్తిలకు సంబంధించిన లక్షణాలు/సమస్యలు లేదా మూత్ర వ్యవస్థకు సంబంధించిన ఏవైనా ఇతర సమస్యలు

l. గ్యాస్ట్రైటిస్, పొట్ట లేదా డియోడెనల్ అల్సరు, హెర్నియా, కాలేయం వ్యాధి, పచ్చకామెర్లు, హెపటైటిస్, ఫిస్టులా, మొలలు లేదా మరొక వ్యాధి లేదా గ్యాస్ట్రో ఇంటెస్టినల్ సిస్టమ్ యొక్క సమస్యలు

m. థైరాయిడ్ డిజార్డరు లేదా ఏదైనా ఇతర ఆ్యధి లేదా ఎండోక్రైన్ సిస్టమ్ సమస్యలు

n. పైన తెలియజేయని ఏదైనా ఇతర జబ్బు లేదా బలహీనత

ఎఫ్. స్త్రీలకు మాత్రమే (వర్తించకపోతే కొట్టేయండి)

i) మీరు గైనకాలజీ సంబంధ సమస్యలతో బాధపడుతున్నారా/ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా?

ii) మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతా? అవును అయితే, వ్యవధిని వారాల్లో తెలియజేయండి

iii) ఏవైనా సంక్లిష్ట సమస్యలు, గర్భస్రావం, గర్భధారణను వైద్యపరంగా తీయించుకోవడం లేదా సిజేరియన్?

iv) మీరు ఈ కింది వాటికి ఎప్పుడైనా ఏదైనా పరిశోధన లేదా చికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా వైద్య సలహా పొందారా లేదా ఫిజీషియన్‌ని సంప్రదించారా?

a. సెర్విక్స్, యుటెరస్, అండం (అండాలు) లేదా యోని, అసాధారణ రక్తస్రావం, క్యాన్సరు లేదా అసాధారణ వృద్ధి సమస్యలు లేదా వ్యాధిని అనుభవించారా?

b. రొమ్ము గడ్డ/సిస్ట్, ఫైబ్రోసిస్టిక్ వ్యాధి, చనుమొన మార్పులు లేదా డిశ్చార్జి, క్యాన్సరు లేదా వృద్ధి లాంటి రొమ్ము(ల) యొక్క ఏదైనా వ్యాధి లేదా సమస్య?

4. 3సి నుంచి 3ఎఫ్‌కి లోని ప్రశ్నలు వేటికైనా సమాధానం ఇస్తే. అవును అయితే, దయచేసి ఈ కింది వివరాలను వేరే పత్రంపై రాయండి:

(i) బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి పేరు
(ii) చికిత్స చేస్తున్న డాక్టరు పేరు మరియు చిరునామా
(iii) జబ్బు స్వభావం/ఖచ్చితమైన వ్యాధినిర్ధారణ
(iv) రోగనిర్ధారణ చేసిన మొదటి తేదీ
(v) లక్షణాల వివరాలు (రావడం, ఉధృతి మరియు వ్యవధి)
(vi) ప్రిస్క్రిప్షన్‌లు లేదా మందుల జాబితా
(vii) ప్రణాళిక చేసిన తదుపరి కన్సల్టేషన్ (ఏవైనా ఉంటే)

5. పాలసీ జారీ/ఆఖరి పునరుద్ధరణ తేదీ నుంచి లైఫ్ అష్యూర్డ్ అతని/ఆమె వృత్తి/నివాసం/వ్యాపకం మార్చుకున్నారా?

అవును అయితే, వృత్తి ఏదైనా నిర్దిష్టమైన ప్రమాదం/రిస్కుతో ముడిపడివుందా (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: ....

6. 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/అదనపు ప్రీమియంతో/ వాయిదాపడింది/ తగ్గింది/పూర్తికాలేదు)	రైడర్‌ల పేరు మరియు నిర్ణయం తెలియజేయండి (ప్రామాణిక/అదనపు ప్రీమియంతో/వాయిదాపడింది/తగ్గింది/పూర్తికాలేదు)	ఫోర్స్‌లో ఉందా/ల్యాప్స్ అయ్యిందా (ల్యాప్స్ అయిన/పునరుద్ధరణ కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న సంవత్సరం తెలియజేయండి)
			అవును	కాదు					

- ఒకవేళ ఇవ్వబడిన స్థలం సరిపోకపోతే దయచేసి వేరే పత్రం జతచేయండి

డిక్లరేషన్ మరియు అధీకృతం

ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (ఇకపై 'కంపెనీ'గా ప్రస్తావించబడుతుంది) అడ్వయిజర్ వివరించిన తరువాత ప్రతిపాదన ఫారంలోని ప్రశ్నలకు నేను/మేము సమాధానాలు ఇచ్చానని/మని మరియు ఆరోగ్య సంబంధ ప్రశ్నలతో సహా ప్రశ్నల స్వభావాన్ని మరియు ఇలాంటి ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇచ్చేటప్పుడు భౌతిక సమాచారం మొత్తాన్ని వెల్లడించవలసిన ప్రాముఖ్యతను సంపూర్ణంగా అర్థంచేసుకున్నట్లు నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాను/ము. ప్రతిపాదన ఫారంలో నేను/మేము ప్రశ్నలన్నిటికీ ఇచ్చిన సమాధానం నిజమని మరియు సంపూర్ణమని మరియు నేను/మేము మెటీరియల్ సమాచారం దేనినీ తొక్కిపెట్టలేదని లేదా ఏదైనా భౌతిక వాస్తవాన్ని దాచిపెట్టలేదని కూడా నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాను/ము. ఈ దరఖాస్తులోని 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 ప్రతిపాదనలో సంతకం చేసిన తరువాత లేదా కంపెనీ ఏదైనా రిస్కును స్వీకరించే ముందు, బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి/వ్యక్తుల ఆరోగ్య స్థితిలో మరియు అతని/వాళ్ళ వృత్తి(ల)లో ఏదైనా మార్పు ఉంటే కంపెనీకి తెలియజేస్తానని/మని నేను/మేము వాగ్దానం చేస్తున్నాను/ము. స్టేట్‌మెంట్‌లో ఏదైనా తప్పు ఉన్నా లేదా భౌతిక సమాచారాన్ని అణచివేసినా లేదా ఆరోగ్యంలో మార్పు గురించి కంపెనీకి తెలియజేయనప్పుడు, పాలసీ కింద క్లెయిమ్‌ని నిరాకరించడానికి కంపెనీకి హక్కు ఉందని కూడా నాకు/మాకు అర్థమైంది. నకిలీ/ట్యాంపర్‌చేసిన పత్రాలు మరియు/లేదా ధృవీకరణల ఆధారంగా పాలసీ జారీచేయబడినట్లు కనుగొన్న చోట పాలసీ నిరర్థకమవుతుంది. కంపెనీచే ప్రచురించబడి మరియు ఈ ప్రతిపాదన ఫారంతో పాటు నాకు/మాకు అందజేయబడిన ప్రయోజనాల ఉదాహరణలను నేను/మేము చదివానని/మని మరియు అర్థంచేసుకున్నానని/మని కూడా నేను/మేము ధృవపరుస్తున్నాను/ము. ప్రీమియం మరియు పాలసీ కింద చెల్లించదగిన ప్రయోజనాలతో సహా నియమ నిబంధనలన్నీ వర్తించే చట్టాల ప్రకారం మారుతుంటాయని కూడా నేను/మేము అర్థంచేసుకున్నాను/ము. ప్రీమియంలన్నీ చట్టబద్ధ మార్గాల నుంచి చెల్లించబడతాయని కూడా నేను/మేము ధృవీకరిస్తున్నాను/ము.

క్లెయిమ్‌లు చేసేందుకు మేము మోసపూరిత విధానాలను అవలంబించమని నేను/మేము అంగకరిస్తున్నాను/ము.

బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి/వ్యక్తులకు ప్రయోగశాల పరీక్షలు, కార్డియాలజీ, రేడియోలాజికల్ పరిశోధనలు మరియు బ్యాక్టీరియల్/వైరల్/ఫంగల్ ఇన్ఫెక్షన్‌లను కనుగొనేందుకు రక్త పరీక్షలతో సహా ఇతర వైద్య పరీక్షల ద్వారా ఆరోగ్య స్థితితో సహా వాళ్ళ సమగ్ర స్థితిని స్క్రీనింగ్/ధృవీకరణ/పునర్ధృవీకరణ చేయడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్‌కి అధీకృతం ఇస్తున్నాను/ము. హెచ్‌ఐవి 1/2 పరీక్ష చేయించుకోవడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా నా/మా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను/ము. ఈ పరీక్ష స్క్రీనింగ్ కోసమేనని మరియు హెచ్‌ఐవి/ఎయిడ్స్‌ని ధృవీకరించడానికి కాదని నాకు/మాకు తెలుసు.

జీవిత బీమా కోసం నా ప్రతిపాదనపై ప్రత్యామ్నాయ నిబంధనలను స్వీకరించడానికి, నిరాకరించడానికి లేదా మార్చడానికి కంపెనీకి హక్కు కలదు.

ఈ ప్రతిపాదన 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 మెడికల్ రిజిస్ట్రరుకు మరియు కంపెనీకి ఏదైనా జీవిత మరియు జీవితేతర కంపెనీకి/లేదా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ అసోసియేషన్ లేదా మెడికల్ రిజిస్ట్రరుకు విడుదల చేయడానికి మరియు సంబంధమున్నట్లుగా పరిగణించిన ఉద్యోగ/వ్యాపార లేదా ఇతర వివరాలను ఇవ్వడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా అధీకృతం ఇస్తున్నాను/ము.

ఈ ప్రతిపాదన ఫారం లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ కాంట్రాక్టులో భాగంగా ఉంటుంది, ఒకవేళ కంపెనీ దీన్ని స్వీకరిస్తే.

ప్రాథమిక జీవితం	జీవిత భాగస్వామి	శిశువు 1	శిశువు 2	శిశువు 3	ప్రతిపాదకుడు (బీమా చేసే వ్యక్తులకు భిన్నంగా ఉంటే)
________	________	________	________	________	________

బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి/వ్యక్తుల సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర (బీమా చేస్తున్న 18 సంవత్సరాల వయస్సు లోపు వ్యక్తికి/వ్యక్తులకు అవసరం లేదు)

అడ్వయిజర్ సంతకం ________________ (బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి బొటనవేలి ముద్ర వేస్తే దానికి అడ్వయిజర్ సాక్షిగా ఉండాలి)

తేదీ ....DD/MM/YYYY........ స్థలం ....

ఎక్నాలెడ్జ్‌మెంట్ స్లిప్

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య డిక్లరేషన్ ఫారం అందినట్లు ఇందుమూలంగా ధృవపరచడమైనది.

పాలసీ నంబరు: .... **తేదీ:** ....DD/MM/YYYY........

అందుకున్నవారు: ....

స్టాంపు
మరియు
సమయం

ప్రకటన మరియు అధీకృతం

రిబేట్‌ల నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41) బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 41 (1938లో 4): (1)భారతదేశంలోని జీవితాల లేదా ఆస్తి విషయంలో ఏ రకమైన రిస్కుకు సంబంధించి అయినా ఏ వ్యక్తి కూడా బీమాను తీసుకునేలా లేదా పునరుద్ధరించుకునేలా లేదా కొనసాగించేలా ప్రేరేపించడాన్ని, చెల్లించబడే కమిషన్ మొత్తంలో లేదా భాగంలో ఏదైనా తగ్గింపును ఇవ్వడానికి లేదా పాలసీలో చూపించిన ప్రీమియంలో ఏదైనా తగ్గింపును ఇచ్చేందుకు ప్రత్యక్షంగా గానీ లేదా పరోక్షంగా గానీ ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించడం జరగదు, లేదా పాలసీని తీసుకుంటున్న లేదా రెన్యువల్ చేయించుకుంటున్న లేదా కొనసాగిస్తున్న ఏ వ్యక్తి కూడా ఏదైనా తగ్గింపుకు అంగీకరించడానికి అనుమతించబడదు, ఇన్సూరర్ పట్టికల్లో లేదా ప్రచురించిన ప్రాస్పెక్టస్‌కి అనుగుణంగా ఇలాంటి తగ్గింపు అనుమతించబడితే మినహాయించి. ఇన్సూరెన్స్ కమిషన్ ఏజెంటు అతని జీవితంపై తీసుకున్న జీవిత బీమా పాలసీకి సంబంధించి అతను కనుక కమిషన్‌ని స్వీకరించివుంటే, ఈ ఉప–విభాగంలోని అర్థం పరిధి లోపల ప్రీమియం రిబేటును స్వీకరించినట్లుగా పరిగణించడం జరగదు, ఒకవేళ ఇలా స్వీకరించిన సమయంలో కనుక బీమా ఏజెంటు తాను ఇన్సూరర్‌చే నియమించుకోబడిన యదార్థ బీమా ఏజెంటునని నిరూపిస్తూ నిర్ణీత షరతులను సంతృప్తిపరచినట్లయితేనే. (2) ఈ విభాగంలోని నిబంధనలను పాటించడంలో ఏ వ్యక్తి అయినా విఫలమైతే జరిమానాతో శిక్షించడం జరుగుతుంది, ఇది అయిదు వందల రూపాయల వరకు పొడిగించబడవచ్చు.

సెక్షన్ 45: ఈ చట్టం ప్రారంభం కావడానికి ముందు అమలులో ఉన్న జీవిత బీమా పాలసీ ఏదైనా ఈ చట్టం అమలులోకి వచ్చిన తేదీ నుండి రెండు సంవత్సరాల గడువు ముగిసిన తరువాత మరియు ఈ చట్టం అమలులోకి వచ్చిన తరువాత అమలులోకి వచ్చిన జీవిత బీమా పాలసీని, బీమా కోసం ప్రతిపాదనలో ఇచ్చిన స్టేట్‌మెంట్‌లో లేదా వైద్య అధికారి యొక్క ఏదైనా నివేదికలో, లేదా రిఫరీ, లేదా బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి స్నేహితుడి నివేదికలో, లేదా పాలసీ జారీకి దారితీసిన ఏదైనా ఇతర డాక్యుమెంటులో పేర్కొన్న స్టేట్‌మెంట్ ఖచ్చితంగా లేదని లేదా తప్పుడిదనే కారణంతో ఇన్సూరర్ ప్రశ్నించకూడదు, ఇలాంటి స్టేట్‌మెంట్ మెటీరియల్ (వాస్తవ) విషయమని లేదా వెల్లడించవలసిన భౌతిక వాస్తవాలను దాచిపెట్టారని మరియు పాలసీదారుడు మోసపూరితంగా ఇలా చేశారని మరియు స్టేట్‌మెంట్ తప్పుడుదని లేదా వెల్లడించవలసిన విషయాలను అది దాచిపెట్టిందని ఈ స్టేట్‌మెంట్ ఇచ్చేసమయంలో పాలసీదారుడికి తెలుసని బీమాదారుడు నిరూపిస్తే తప్ప. ఇన్సూరర్‌కి కనుక హక్కు ఉన్నట్లయితే, ఏ సమయంలోనైనా వయస్సు ధృవీకరణ అడగకుండా ఈ విభాగంలోని ఏదీ ఇన్సూరర్‌ని నిరోధించకుండా ఉంటేనే, మరియు కేవలం ప్రతిపాదనలో లైఫ్ ఇన్సూర్డ్ తన వయస్సును తప్పుగా ఇచ్చారని అనంతరం రుజువు ఇచ్చిన మీదట పాలసీ యొక్క నియమ నిబంధనలను సవరించారనే కారణంతో పాలసీ దేనినీ ప్రశ్నార్థకంగా చూడనట్లయితేనే.

ప్రకటన

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

నేను దరఖాస్తు చేసిన ప్రొడక్ట్ మరియు ప్రతిపాదనలోని విషయాలు నాకు స్పష్టంగా వివరించబడ్డాయని మరియు నేను వాటిని సంపూర్ణంగా అర్థంచేసుకున్నానని నేను ధృవపరుస్తున్నాను.

____________________ కుమారుడిని/కుమార్తెను అయిన నేను ____________________(సాక్షి పేరు) వయోజనుడిని/వయోజనురాలిని మరియు ____________________ గ్రామానికి చెందినవాడను ____________________ లో నివసిస్తున్నాను మరియు ______________________________అవుతాను (ప్రతిపాదకునితో గల సంబంధం) ఇందుమూలంగా తెలియజేయునది ఏమనగా ప్రతిపాదన ఫారంలోని విషయాలు మరియు ఐసిఐసిఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్‌కు చెందిన బీమా పాలసీని పొందేందుకు ఇతర సందర్భోచిత పత్రాలన్నిటినీ శ్రీ/శ్రీమతి/మిస్____కి నేను చదివి వినిపించాను మరియు వివరించాను మరియు అతను/ఆమె/వాళ్ళు వీటిని అర్థంచేసుకున్నారు మరియు పాలసీ నియమ నిబంధనలకు మరియు దాని క్లాజులన్నిటికీ కట్టుబడివుండటానికి ఇందుమూలంగా అంగీకరించారు. నేను పైన తెలియజేసినవన్నీ నాకు బాగా తెలిసినంత వరకు మరియు నమ్మకం మేరకు నిజమని మరియు కరెక్టు అని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. దీనిపై ____________________లో స్వయంగా పునరుద్ఘాటించాను.

____
(సాక్షి సంతకం)

తేదీ ....DD/MM/YYYY........

____
(ప్రతిపాదకుని సంతకం/బొటనవేలి ముద్ర)

స్థలం ....

కార్యాలయం ఉపయోగిందుకు మాత్రమే

స్పార్క్ కాల్ ఐడి ....

తేదీ: ....DD/MM/YYYY........

స్కానింగ్ క్యాబినెట్ ....

అందుకున్నవారు: ....

రిమార్కులు ....

స్టాంపు
మరియు
సమయం

దయచేసి మీ ఎంటిఎన్ఎల్ లేదా బిఎస్ఎన్ఎల్ నుంచి మా కస్టమర్ సర్వీసు టోల్ ఫ్రీ 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.