

# व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र

## दिशा-निर्देश :

- ✓ इस प्रपत्र में जीवन बीमित व्यक्ति का विवरण होना चाहिए.
- ✓ यह प्राप्त एक जीवन पॉलिसी के नवीनीकरण/बीमाकृत राशि में वृद्धि/राइडर को शामिल किए जाने/राइडर बीमाकृत राशि में वृद्धि/टॉप-अप अनुरोध के लिए प्रयोग किया जाना चाहिए.
- ✓ बीमा, इस प्रपत्र में पूछे गए प्रस्तावों की प्रतिक्रिया स्वरूप प्रस्तावक और जीवन पॉलिसी को शामिल करना/राइडर बीमाकृत राशि में वृद्धि/टॉप-अप, बीमा किए जाने के निर्णय की अंतिम तिथि या कम्पनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम की प्राप्ति तिथि या संशोधित प्रीमियम के लिए सहमति की प्राप्ति की तिथि, जो भी बाद में हो, उस तिथि से प्रभावी होगा.
- ✓ इस व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा (पीएचडी) की मान्यता 6 माह है, उस स्थिति में जब कोई स्वास्थ्य राइडर पॉलिसी के साथ संलग्न हो, इस पीएचडी की यह मान्यता 3 माह होगी.
- ✓ बीमाकृत राशि में वृद्धि/राइडर को शामिल करना पॉलिसी विवेष के अनुसार होगा. कृपया विवरण के लिए पॉलिसी प्रतेक देखें.

## पॉलिसी क्रमांक :

<input type="checkbox"/>																						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## दिनांक

<input type="checkbox"/>																						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## जीवन बीमित व्यक्ति का नाम :

श्री/सुश्री/श्रीमती	प्रथम नाम	उपनाम
---------------------	-----------	-------

## प्रस्तावक का नाम :

(यदि जीवन बीमित से अलग हो)	श्री/सुश्री/श्रीमती	प्रथम नाम	उपनाम
----------------------------	---------------------	-----------	-------

## संपर्क के लिए नं. :

एसटीडी	निवास	एसटीडी	कार्यालय	एक्स.	आईएसटी	मोबाइल
--------	-------	--------	----------	-------	--------	--------

## ई-मेल आईडी :

मैं इसके द्वारा आवेदन करता हूँ:

पॉलिसी पुनःप्रवर्तन के लिए

मेरे जीवन/राइडर बीमित राशि को ₹ \_\_\_\_\_ से बढ़ाकर ₹ \_\_\_\_\_ करने के लिए (चयनित योजनाओं के लिए स्वीकृत)

राइडर को शामिल किये जाने के लिए (चयनित योजनाओं के लिए स्वीकृत)

कृपया निम्नांकित राइडर को मेरी पॉलिसी में शामिल करें :

राइडर का नाम	अवधि (वर्षों में)	बीमित राशि (₹)	प्रीमियम राशि (₹)

कृपया निम्न जानकारी प्रदान करें :

1. जीवन बीमित व्यक्ति की ऊँचाई \_\_\_\_\_ से.मी. जीवन बीमित व्यक्ति का वजन \_\_\_\_\_ कि.ग्रा.

हाँ  नहीं

2. क्या जीवन बीमित व्यक्ति का स्वास्थ्य अच्छा है?

यदि नहीं, तो कृपया विवरण दें :

3. स्वास्थ्य से जुड़े प्रश्न :

a) क्या आपमें कोई शारीरिक दोष/विकलांगता/जन्मजात दोष/असामान्यता है?

b) क्या आपने कभी किसी चिकित्सक से परामर्श लिया है या क्या आप वर्तमान में किसी परीक्षण, जाँच से गुजर रहे हैं या किसी परीक्षण या जाँच के परीणामों का इंतजार कर रहे हैं या आपको कभी कोई परीक्षण, जाँच या शल्यक्रिया करवाने के लिए परामर्श दिया गया है या आप जाँच, पर्यवेक्षण, उपचार या शल्यक्रिया के लिए अस्पताल में भर्ती किए गए हैं?

c) क्या आप कभी कैंसर, ट्यूमर, सिस्ट या किसी अन्य विकास के लिए अस्पताल में उपचारित या भर्ती किए गए हैं या आपको इसकी जानकारी है, या क्या आपको किसी जाँच या उपचार के लिए कर्क रोग विशेषज्ञ या कैंसर अस्पताल भेजा गया?

d) क्या आपको कोई ऐसी बीमारी/चोट/दुर्घटना हुई जिसमें आपको एक सप्ताह से अधिक के लिए उपचार/चिकित्सा की आवश्यकता पड़ी हो?

e) पिछले दो वर्षों में, क्या आपने चिकित्सा आधार पर लगातार दो दिनों से ज्यादा के लिए अवकाश लिया है?

f) क्या जीवन बीमित व्यक्ति (आप) कभी निम्न में से किसी से पीड़ित रहे हैं या उससे अभी ग्रस्त हैं?

(i) मधुमेह/उच्च रक्त शर्करा/उच्च/निम्न रक्तचाप

(ii) आँख, कान, नाक, गर्भ का विकार जिसमें दोषपूर्ण दृष्टि या बोलने की शक्ति या कानों से बहाव होना शामिल है

(iii) यकृत, प्रजनन तंत्र से संबंधित बीमारियाँ

(iv) पिछले 6 माह में वजन में 10 कि.ग्रा. या उससे अधिक का परिवर्तन

(v) मस्तिष्क, मानसिक/मनोरोग, पार्किन्सन, मल्टीपल स्क्लोरेसिस, तप्रिका तंत्र, स्ट्रोक, लकवा, या मिर्गी से संबंधित लक्षण/बीमारी

(vi) अस्पता, श्वसन शोष, थूक में रक्त आना, क्षय रोग या अन्य श्वसन संबंधी विकार.

(vii) रक्त की कमी, रक्त या रक्त संबंधी विकार, माँसपेशियों और अस्थियों से संबंधित (मस्क्युलोस्केलेटल) विकार जैसे गठिया, बार-बार होने वाला पीठ दर्द, स्लिप डिस्क या कोई अन्य रीढ़, जोड़ों या अंगों का विकार या कूपर रोग.

(viii) क्या आपने या आपके जीवनसाथी ने कोई हेपेटाइटिस बी या सी, एचआईवी/एडस या अन्य किसी यौन संक्रमित रोग के लिए कोई परीक्षण करवाया है?

(ix) सीन में दर्द, घबराहट, आत रोग से संबंधित बुखार, हृदय में बुद्धुदाहट, हृदय रोग, साँस लेने में तकलीफ या अन्य कोई हृदय संबंधी विकार.

(x) गुर्दे, मूत्राशय, पुरुष ग्रंथि, वृषण, अंडाकोश की वैतीय या अन्य कोई मूत्राशय संबंधी रोग.

(xi) जठर-शोथ, पेट या ग्रहणीय अस्तर, हर्मिया, यकृत रोग, पीलिया, लेपेटाइटिस, फिस्चुला, बवारीया या जठरांत्र प्रणाली के अन्य कोई रोग या विकार.

(xii) क्या आप कभी अग्रांकित में से किसी से गुजरे/या आपको इनके लिए सुझाया गया है? एन्जियोप्लास्टी, बायपास शल्यक्रिया, मस्तिष्क शल्यक्रिया, हृदय वाल्व सर्जरी,

महाधमी शल्यक्रिया या अंग प्रमुख शल्यक्रिया या उपचार

g) अन्य कोई विकार या दुर्बलता जो उपरोक्त में वर्णित नहीं है.

4. यदि जीवन बीमित(आप) त्री हैं तो निम्नांकित प्रश्नों के जवाब दें

a) क्या आप कभी महिला रोग संबंधी समस्याओं से पीड़ित हुई हैं/हो रही हैं?

b) i) क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? यदि हाँ, तो अवधि को सप्ताहों में दर्शाएं

ii) कोई जटिलताएँ, गर्भपाता, गर्भावश्य, अंडाकाश(थों) या योनि का कोई रोग या विकार, असामान्य रक्त खाल, कैंसर या असामान्य विकास

i) गर्भावश्य ग्रीवा, गर्भावश्य, अंडाकाश(थों) या योनि का कोई रोग या विकार, असामान्य रक्त खाल, कैंसर या असामान्य विकास

ii) स्तन संबंधी कोई रोग या विकार जैसे स्तन गांठ/पुटी, फाइब्रोसिस्टीक रोग, निपल परिवर्तन या प्रवाह, कैंसर या विकास

iii) क्या आप कभी गैमोग्राम या पैपस्ट्रोमर परीक्षण से गुजरे हैं?

## प्राप्ति पर्ची

यह व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र के लिए आवेदन की प्राप्ति की स्वीकृति के लिए है।

## पॉलिसी क्रमांक :

<input type="checkbox"/>																						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## दिनांक :

<input type="checkbox"/>																						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## प्राप्तकर्ता :

<input type="checkbox"/>																						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

मोहर  
और  
समय

5. यदि प्रश्न क्रमांक 3 या 4 का जवाब हॉ है, तो कृपया निम्नांकित विवरण प्रदान करें -

बीमारी/जाँच की प्रकृति : \_\_\_\_\_  
 रोग पहचान/जाँच की तिथि : \_\_\_\_\_  
 उपचार/जाँच परिणाम की अवधि : \_\_\_\_\_  
 चिकित्सक/अस्पताल का नाम : \_\_\_\_\_  
 अवकाश की अवधि और तिथि : \_\_\_\_\_  
 छुट्टी लेने का कारण (बीमारी, रोग, चोट) : \_\_\_\_\_

6. क्या जीवन बीमित ने निम्न में से किसी का सेवन करता/किया है?

सेवन किया गया पदार्थ	हाँ	नहीं	के रूप में प्रयुक्त किया	मात्रा/दिन	कितने वर्षों से
तम्बाकू			सिगार/सिगरेट/बीड़ी/गुटखा		
शराब			बीयर/वाइन/हार्ड लिकर		
कोई नशा					

7. विमा पॉलिसी जारी किए जाने की तिथि से/पॉलिसी के पुनःप्रवर्तन की तिथि से क्या जीवन बीमित ने अपना व्यवसाय/निवास/पेशा बदल दिया है?

यदि हाँ, तो क्या व्यवसाय (यानी रसायन कारखाने, खदानें, विस्फोटक, विकिरण, संक्षकरक रसायन, इत्यादि) / पेशा (यानी विमानन, किराया देकर यात्रा करने वाले यात्री के अतिरिक्त, गोताखोरी, पर्वतारोहण, रेसिंग का कोई भी प्रकार, आदि) किसी विशेष आपदा/जोखिम से जुड़ा है? कृपया विवरण दें:

8. यह पॉलिसी के प्रस्ताव/पुनःप्रवर्तन की तिथि के बाद आईसीआई प्रूडेन्शियल या किसी अन्य बीमा कम्पनी के साथ जीवन बीमित व्यक्ति के जीवन पर किसी बीमा पॉलिसी के लिए अन्य प्रस्तावों/पुनःप्रवर्तन आवेदन (यदि कोई हो) की स्थिति क्या है?

पॉलिसी या प्रस्ताव क्रमांक	कम्पनी नाम	जारी करने/आवेदन का वर्ष	विकित्सा पॉलिसी	वार्षिक प्रीमियम (₹)	आधार राशि (₹)	पूर्ण योजना - निर्णय (मानक/अतिरिक्त प्रीमियम के साथ/स्थगित/अस्वीकृत/पूर्ण नहीं)	राइडर्स और निर्णय (मानक/अतिरिक्त प्रीमियम के साथ/स्थगित/अस्वीकृत/पूर्ण नहीं) के नामों का उल्लेख करें	लागू/निरस्त (निरस्तीकरण (समाप्ति)/पुनःप्रवर्तन के आवेदन का वर्ष)

\*यदि जगह अपर्याप्त है तो उस स्थिति में कृपया एक अलग पत्रक संलग्न करें।

## घोषणा और अधिकरण

मैं/हम घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम प्रपत्र में पूछे गए सभी प्रश्नों को और इन प्रश्नों का जवाब देने के द्वारा महत्वपूर्ण जानकारियों के प्रकट करने के महत्व को पूर्णतः समझ चुका हूँ/चुके हैं, मैं/हम आगे भी यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रस्ताव में पूछे गए सभी प्रश्नों के जवाब और बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की स्वास्थ्य स्थिति और आदतों के बारे में कम्पनी के चिकित्सा परीक्षणों की दी गई जानकारी हर संदर्भ में सत्य और पूर्ण है और यह कि मैंने/हमने कोई महत्वपूर्ण जानकारी या महत्वपूर्ण तथ्य नहीं छुपाए हैं, मैंने/हमने आईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेस कं. कि. के बीमा सलाहकार, चिकित्सा परीक्षक, या उससे जुड़े किसी अन्य व्यक्ति को ऐसा कोई बयान नहीं दिया है, जो इस आवेदन पर किसी भी तरह जवाब और विवरण को बदल देता है। मैं/हम नवीनीकरण/राइडर को शामिल करने/जीवन/स्वास्थ्य बीमाकृत राशि के लिए बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की स्वास्थ्य स्थिति में किसी परिवर्तन या इस प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के बाद और कम्पनी द्वारा जोखिम का स्वीकरण करने से पहले उसके/उनके व्यवसाय(यों) से संबंधित किसी भी परिवर्तन की सूचना कम्पनी को देने का उत्तरदायित्व लेता हूँ/लेते हैं।

मैं/हम इसके द्वारा बीमा किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की चिकित्सा परीक्षणों के माध्यम से स्वास्थ्य स्थिति सहित सम्प्राप्ति में प्रयोगशाला परीक्षण, कार्डियोलॉजी, रेडियोलॉजिकल परीक्षण और जीवाणु/विषाणु/फार्स्ट संक्रमण का पता लाने के लिए रक्त परीक्षण सहित अन्य चिकित्साकृतीय ताइफ इंश्योरेस कं. कि. को अधिकृत करता हूँ/करते हैं। मैं/हम एतद द्वारा ऐसिस 1/2 परीक्षण से गुज़रने के लिए अपनी सहमति देता हूँ/देंदें हैं, मैं/हम जानता हूँ/जानते हैं कि यह परीक्षण सिर्फ अनुवीक्षण के उद्देश्य के लिए है, न कि एचआईवी/एइस को पुष्टि के लिए है, मैं/हम समझ चुका हूँ/चुके हैं कि कम्पनी के पास इस आवेदन पर स्वीकरण करने, इन्कार करने या वैकल्पिक शर्तों का प्रस्ताव करने का अधिकार सुनिश्चित है।

इस प्रस्ताव के तहत या उसके बाद किसी भी समय जोखिम का आकलन करने के लिए, मैं/हम एतद द्वारा पूर्व और वर्तमान नियोक्ता(ओं)/चिकित्सक/अस्पताल और विकित्सा खोल/जीवन और गैर-जीवन बीमा कम्पनी/या जीवन बीमा संघ के चिकित्सा पंजीयों को इस प्रकार की जानकारी देने और रोजाना/व्यवसाय के अधिकारी या अन्य विवरणों को देने के लिए, जैसा भी ग्रासनिक हो, उन्हें अधिकृत करता हूँ/करते हैं, मेरे/हमारे बारे में जानकारी, मुझे/मैं किसी उत्पाद या सेवा से संबंधित प्रमोशनल सामग्री प्रदान करने/प्रत्यावर्तित करने के लिए आईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेस कं. कि. द्वारा संग्रहित एवं प्रयोग की जा सकती है, मैं/हम एतद द्वारा सहायता हूँ/करते हैं कि दिशा-निर्देशों में कहे गए अनुसार और उत्पाद के प्रकार के अनुसार लागू प्रीरक्षण अवधि पॉलिसी के नवीनीकरण के बाद तागू होंगी, मैं/हम यह भी समझता हूँ/समझते हैं कि पॉलिसी के तहत देय प्रीमियम और शर्तें, लागू कानूनों के अनुसार परिवर्तन के अधीन हैं, यह प्रपत्र मेरी/हमारी जीवन/स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी अनुबंध का एक हिस्सा होगा।

दिनांक D D M M Y Y Y Y

स्थान \_\_\_\_\_

जीवन बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप  
(यदि जीवन बीमित से अलग हो)

## घोषणा

उस स्थिति में लागू जावा पॉलिसी धारक के निरक्षर हो या किसी अयोग्यता से ग्रस्त हो जिससे उसकी लिखने की क्षमता प्रतिबंधित हुई हो या जहाँ पॉलिसी धारक ने मात्रभाषा में हस्ताक्षर किए हों, टिप्पणी : कम्पनी के सलाहकार/कर्मचारी के अलावा इस कथन का कोई अन्य गवाह होना चाहिए।

मैं/हम सत्यापित करते हैं कि इस प्रपत्र की विषय-वस्तु को मूँझे/हमें स्पष्ट रूप से पढ़कर सुना व समझा दिया गया है और मैं/हम इहें पूरी तरह समझ चुका हूँ/चुके हैं, मैं/हम आगे यह भी प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि इस प्रपत्र में दिए गए जवाब मेरे/हमारे द्वारा प्रदत्त सूचना के अनुसार अभिलेखित किए गए हैं।

गवाह/प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति का पूरा नाम \_\_\_\_\_ पॉलिसी धारक के साथ संबंध \_\_\_\_\_

दिनांक D D M M Y Y Y Y

स्थान \_\_\_\_\_

गवाह/प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

मातृभाषा में हस्ताक्षर करने वाले जीवन बीमित/  
पॉलिसी धारक की छाप

कृपया हमारे ग्राहक सेवा नं. 1860-226-7766 पर संपर्क करें (स्थानीय दरें लागू )  
कॉल सेंटर का समय : सुबह 9.00 बजे से रात 9.00 बजे तक, सोमवार से शनिवार (राष्ट्रीय अवकाश के अतिरिक्त)



संपर्क का पता

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेस कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पूर्व), मुंबई - 400101.