

मार्गदर्शिका:

- ✓ ह्या फॉर्ममध्ये विमा धारकाचा तपशील भरावा.
- ✓ जीवन विमा पॉलिसीचं नुतनीकरण/विमा रकमेत वाढ/ रायडरमध्ये वाढ/ रायडरच्या विमा रकमेत वाढ/ टॉप अप विनिंती ह्यासाठी हा फॉर्मट वापरा.
- ✓ विमा हा अत्यंत विश्वासने, भरवशाने केला जाणारा असा करार आहे, ज्यात प्रपोजर आणि विमा धारक ह्या फॉर्ममध्ये विचारलेल्या प्रश्नांना उत्तरे देताना सर्व संबंधित (महत्वाची) वस्तुस्थिती सांगतात.
- ✓ पॉलिसीचं नुतनीकरण/विमा रकमेत वाढ/रायडर वाढवणे/रायडरच्या विमा रकमेत वाढ/ टॉप अप ह्याची अंमलबजावणी अंतिम लेखी निर्णयाच्या तारखेला किंवा कंपनीला संपूर्ण हसा प्राप्त झालेल्या तारखेला अथवा नवीन हप्त्याची संमती प्राप्त झाल्यावर, जे उशीरा होईल त्यानुसार.
- ✓ ह्या वैयक्तिक आरोग्याचा तपशील घोषित करणाऱ्या फॉर्मची वैधता 6 महिने आहे, जर कोणताही हेल्ड रायडर्स पॉलिसीशी संलग्न करण्यात आला तर ह्याची वैधता 3 महिने राहील.
- ✓ विमा रकमेत वाढ/ रायडरमध्ये वाढ ही विशिष्ट प्रॉडक्टसाठी आहे. कृपया, अधिक माहितीसाठी पॉलिसीची कागदपत्रे पहा.

पॉलिसी क्रमांक (एक किंवा अनेक) _____ दिनांक

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

विमा धारकाचं नाव _____ अडनाव _____

प्रपोजरचं नाव _____ अडनाव _____
(विमा धारकापेक्षा वेगळं असेल तर लिहा) श्री/सौ/श्रीमती _____ पहिलं नाव _____

संपर्क क्रमांक _____
एसटीडी _____ निवासी _____ एसटीडी _____ कार्यालय _____ एक्सटेंशन _____ आमंपसडी _____ मोबाइल _____

ई-मेल आयडी

मी, ह्यासाठी अर्ज करीत आहे :

पॉलिसी नुतनीकरण करा

कृपया, माझ्या पॉलिसीत खालील रायडर वाढवा

कृपया खालील माहिती द्या

- विमा धारकाची उंची _____ सेंमी. विमा धारकाचं वजन _____ किग्रॅ. हो नाही
- विमा धारकाचं आरोग्य चांगलं आहे का? हो नाही
जर नाही, तर कृपया तपशील द्या _____
- आरोग्यासंबंधी प्रश्न
 - तुम्हाला शारीरिक व्यंग/ अपंगत्व/ जन्मापासून काही व्यंग/ असामान्यपणा आहे का? हो नाही
 - तुम्ही कधी कोणत्याही डॉक्टरचा सल्ला घेतला आहे का किंवा तुम्ही सध्या कोणतीही तपासणी, इनवेस्टिगेशन करत आहात, तपासणी किंवा इनवेस्टिगेशनच्या निकालाची वाट पहात आहात किंवा तुम्हाला कधी तपासणी, इनवेस्टिगेशन अथवा शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला दिला होता, किंवा सामान्य तपासणी, निरीक्षण, उपचार अथवा शस्त्रक्रियेसाठी हॉस्पिटलात दाखल व्हावं लागलं का? हो नाही
 - तुम्हाला कॅसर, ट्यूमर, सिस्ट किंवा इतर कोणत्याही वाढीसाठी उपचार करावे लागले किंवा हॉस्पिटलमध्ये दाखल व्हावे लागले होते किंवा कोणतीही तपासणी अथवा उपचारासाठी ऑन्कोलॉजिस्ट किंवा कॅसर हॉस्पिटलमध्ये जाण्याचा सल्ला दिला होता का किंवा त्याची तुम्हाला माहिती आहे का? हो नाही
 - कोणताही आजार/ दुखापत/अपघात झाल्यामुळे एकापेक्षा जास्त आठवडे उपचार/ औषधे घ्यावी लागली का? हो नाही
 - मागील 2 वर्षांमध्ये तुम्ही वैद्यकीय रजा घेतली होती का? हो नाही
 - विमा धारकाला ("तुम्हाला") खालीलपैकी आजार झाला होता किंवा आहे का?
 - डायबेटिस/ हाय ब्लड प्रेशर/हाय/तो बीपी (ब्लड प्रेशर)
 - डोळे, कान, नाक, घसा यात बिघाड अथवा दृष्टीदोष किंवा बोलताना त्रास जाणवणे अथवा नीट ऐकू न येणे किंवा डोळ्यातून घाण बाहेर येणे
 - लिव्हर, रिप्रोडक्टिव सिस्टिमसंबंधी आजार
 - मागील सहा महिन्यात शरीराच्या वजनात 10 किलोग्रॅम किंवा त्यापेक्षा जास्त घट झाली
 - मेंदू, मानसिक आजारपण, पार्किन्सनिझम, मल्टिपल स्क्लरोसिस (अनेक धमन्या घट्ट होणे), नर्वस सिस्टिम, स्ट्रोक (आकस्मिक झटका), पॅरालिसिस (अर्धांगवायू) किंवा इपिलिप्सी (अपस्मार) ह्यासंबंधी काही लक्षणे दिसली/ आजारपण जाणवलं का?
 - दमा, ब्रॉकायटिस, रक्तपात, ट्यूबरक्लूलोसिस (क्षयरोग) किंवा श्वसनासंबंधी इतर आजार जाणवले का?
 - अनेमिया (रक्तक्षय), रक्त किंवा रक्तासंबंधी आजार, संधिवात, पुन्हा पुन्हा होणारे पाठीचे दुखणे, स्लिड डिस्क असे मस्क्युलोस्केलेटल डिसऑर्डर्स झाले किंवा मणका, सांधे अथवा अवयव यासंबंधी आजार किंवा कुष्ठरोग झाला का?
 - तुम्ही किंवा तुमच्या जोडीदाराने हेपाटायटिस बी किंवा सी, एचआयव्ही/एड्स किंवा इतर शरीरसंबंधातून लागण होणारे रोग ह्यांसाठी तपासणी केली आहे का?
 - छातीत दुखणे, हृदयाची स्पंदने जलदगतीने होणे, संधिवाताचा ताप, हृदयाची तक्रार, हृदयाचा झटका, श्वसनाचा त्रास जाणवणे किंवा हृदयासंबंधी इतर आजार
 - किडनी, प्रोस्टेट, हायड्रोसेल, लघवी यंत्रणेसंबंधी लक्षणे दिसली/ आजार झाले
 - गॅस्ट्रीटिस, आतड्यांचा किंवा लहान आतड्यांचा अल्सर, हर्निया, लिव्हरचा आजार, काविळ, हेपाटायटिस, फिस्तुला, मुळव्याध किंवा गॅस्ट्रो-इंटेस्टिनल सिस्टिमचे इतर आजार किंवा असंतुलन
 - थायरोइड असंतुलन किंवा एंडोक्राइन सिस्टिम (अंतःस्रावी ग्रंथी) संबंधी आजार किंवा असंतुलन, हाय कोलेस्टेरॉल/हायपरलिपिडेमिया
 - तुम्हाला खालीलपैकी काही करावं लागलं/ किंवा करायचा सल्ला देण्यात आला आहे का: अँजिओप्लास्टी, बायपास शस्त्रक्रिया, मेंदूची शस्त्रक्रिया, हार्ट व्हाल्व शस्त्रक्रिया, एरोटा शस्त्रक्रिया किंवा अवयव बदलणे अथवा इतर कोणतीही मोठी शस्त्रक्रिया किंवा उपचार घ्यावा लागला.
 - वर उल्लेख न केलेला इतर आजार किंवा शारीरिक बिघाड हो नाही
- जर विमा धारक ("तुम्ही") स्त्री असेल तर खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या:
 - तुम्हाला गायनेकॉलॉजिकल समस्या जाणवली होती किंवा जाणवते आहे का? हो नाही
 - i) सध्या तुम्ही गरोदर आहात का? जर हो, तर पूर्ण झालेले आठवडे सांगा _____
ii) गरोदरपणात कोणतीही गुंतागुंत, चुकून गरोदर रहाणे, गरोदरपणाचं मेडिकल टर्मिनेशन किंवा सिझेरियन, जर असेल तर.
 - तुम्ही एखादी तपासणी केली होती किंवा उपचार घेतला अथवा वैद्यकीय सल्ला घेतला होता किंवा फिजिशियनचा सल्ला घेतला होता का, जो खालील कारणांसाठी होता:
 - गर्भाशयाच्या मानेचा भाग, गर्भाशय, अंडाशय (ओवरीज) किंवा योनीमार्गासंबंधी कोणताही आजार किंवा असामान्य रक्तपात, कॅसर किंवा वाढ?
 - ब्रेस्ट लंप/ सिस्ट , फायब्रोसायस्टिक आजार, स्तनाग्रामध्ये बदल किंवा डिस्चार्ज, कॅसर किंवा वाढ असा स्तनासंबंधी आजार किंवा असंतुलन?
 - तुम्ही मॅमोग्राम किंवा पॅपस्मिअर तपासणी केली होती का? हो नाही

पोहोच पावती

वैयक्तिक आरोग्याचा तपशील घोषित करणारा फॉर्म प्राप्त झाला ह्याची पोहोच पावती देण्यात येत आहे

पॉलिसी क्रमांक (एक किंवा अनेक) _____

दिनांक

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

प्राप्त करणारे _____

शिक्का
आणि
वेळ

5. प्रश्न क्रमांक 3 किंवा 4 चं उत्तर 'हो' असेल तर कृपया खालील तपशील द्या:

आजार/ तपासणीचं स्वरूप _____
निदान/ तपासणीची तारीख _____
उपचार/ लक्षणांचा कालावधी _____
डॉक्टर/हॉस्पिटलचं नाव _____
रजेचा कालावधी आणि तारखा _____
रजा घेण्याचं कारण (आजार, व्याधी, दुखापत)

6. विमा धारक खालीलपैकी काणत्याही पदार्थाचं सेवन करतो/करत होता का ?

सेवन केलेला पदार्थ	हो	नाही	अशाप्रकारे सेवन केला	प्रमाण/दिवस	किती वर्षे
तंबाखू			सिगार/ सिगारेट/ बीडी/ गुटखा		
अल्कोहोल			बीअर/ वाइन/ हार्ड लीकर		
कोणतेही अमली पदार्थ					

7. विमा धारकाने पॉलिसी जारी केलेल्या/ अंतिम नुतनीकरण्या तारखेपासून त्याचा/ तिचा पेशा/ निवासस्थान/ व्यवसाय बदलला आहे ?

जर हो, तर हा पेशा (उदा: रासायनिक कारखाना, माइन्स, स्फोटके, रेडिएशन, कोरोसिव केमिकल्स, इत्यादी)/ व्यवसाय (उदा: वैमानिक, भांडं भरणारे प्रवासी, डायव्हिंग, माउंटेनिअरिंग, कोणत्याही प्रकारची रेस, इत्यादी असा निराळा) कोणत्याही विशिष्ट धोक्याशी/ जोखीमेची संबंधित आहे का ? कृपया, तपशील द्या: हो नाही

8. ह्या पॉलिसीच्या प्रपोजल/ अंतिम नुतनीकरण तारखेनंतर, विमा धारकाच्या जीवितवावर आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल किंवा इतर कोणत्याही विमा कंपनीचं (एक किंवा अनेक)

पॉलिसी प्रपोजल नंबर	कंपनीचं नाव	जारी केल्याचं/ अर्ज केल्याचं वर्ष	मेडिकल पॉलिसी		वार्षिक हमा (₹)	बेसिक विम्याची रक्कम (₹)	बेसिक प्लॅन-निर्णय (स्टॅंडर्ड/ एक्स्ट्रा हप्त्यासह/ पोस्टपोन्ड/ नाकारला/ पूर्ण झाला नाही)	रायडर्स आणि निर्णयाचं नाव सांगा (स्टॅंडर्ड/ एक्स्ट्रा हप्त्यासह/ पोस्टपोन्ड/ नाकारला/ पूर्ण झाला नाही)	कार्यरत आहे/ लॅप्स झाली (लॅप्स झालेलं वर्ष/ नुतनीकरणासाठी अर्ज केलेलं वर्ष सांगा)
			हो	नाही					

*लिहिण्यासाठी जागा अपुरी पडली तर कृपया वेगळा कागद जोडा

घोषणा आणि अधिकृतता

मी/ आम्ही घोषित करतो की मला/ आम्हाला ह्या फॉर्ममधील प्रश्न पूर्णपणे समजले आहेत आणि अशा प्रश्नांची उत्तरे देताना महत्वाची माहिती सांगण्याचं महत्त्व कळलं आहे. मी/ आम्ही यापुढे असं घोषित करतो की फॉर्ममधील सर्व प्रश्नांना दिलेली उत्तरे आणि कंपनीच्या मेडिकल एक्झामिनरला विमा धारकाच्या आरोग्यासंबंधी आणि सवयीसंबंधी दिलेली माहिती सत्य आणि सर्व बाजूने संपूर्ण आहे आणि मी/ आम्ही कोणतीही महत्वाची माहिती सांगण्याचं टाळलं नाही किंवा वस्तुस्थिती लपवून ठेवली नाही. मी/ आम्ही आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड संबंधी विमा सल्लागाराकडे, मेडिकल एक्झामिनरकडे, किंवा कंपनीसंबंधी व्यक्तीकडे असं विधान केलं नाही, जे ह्या अर्जातील उत्तरे आणि विधाने कोणत्याही प्रकारे बदलू शकेल. मी/ आम्ही जबाबदारी स्वीकारतो की नुतनीकरण/ रायडर वाढवणे/ विमा उतरवायच्या व्यक्तीत वाढ करणे/ हेल्थ विम्याची रक्कम ह्यासाठी ह्या फॉर्मवर सही केल्यानंतर आणि कंपनीकडून जोखीम स्वीकारण्याआधी विमा धारकाच्या आरोग्याच्या स्थितीत कोणताही बदल झाला किंवा त्याच्या/ तिच्या/ त्यांच्या व्यवसायायामध्ये बदल झाला तर कंपनीला कळवू.

मी/ आम्ही इथे आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कं. लि. ह्यांना अधिकृतता देतो की त्यांनी विमा धारकाच्या एकूण स्थितीची तपासणी/ खात्री/ पुन्हा खात्री करावी, ज्यात लॅबोरेटरी तपासण्या, कार्डिअक, रेडिओलॉजिकल तपासणी आणि जीवाणू/ विषाणू/ बुरशीची लागण तपासण्यासाठी रक्ताची तपासणी अशा आरोग्य तपासण्यांचाही समावेश आहे. मी/आम्ही एलिसा पध्दतीने एचआयव्ही 1/2 तपासणी पार पाडण्यासाठी संमती देत आहोत. मला/आम्हाला समजलं आहे की ही तपासणी फक्त स्क्रीनिंग हेतूने आहे आणि एचआयव्ही/ एडसची त्यातून खात्री दिली जात नाही. मला/आम्हाला समजलं आहे की माझं/आमचं जीवन विम्याचं प्रपोजल स्वीकारण्याचा, नाकारण्याचा किंवा त्यावर पर्यायी अटी देण्याचा अधिकार कंपनीने राखून ठेवला आहे.

ह्या अर्जा अंतर्गत आणि त्यानंतर केव्हाही जोखीमीचं मूल्यमापन करण्यासाठी कंपनीला शक्य व्हावं यासाठी मी/ आम्ही मागील आणि सध्याच्या (एक किंवा अनेक) एम्प्लॉयर्स/ बिझिनेस असोसिएट्स/ मेडिकल प्रॅक्टीशनर/ हॉस्पिटल्स आणि मेडिकल सोर्स/ कोणतीही जीवन विमा आणि सामान्य विमा कंपनी/ अथवा संस्था किंवा जीवन विमा असोसिएशनस मेडिकल रजिस्टर ह्यांना कंपनीला आणि कंपनीकडून कोणतीही जीवन विमा आणि सामान्य विमा कंपनी/ किंवा जीवन विमा असोसिएशन अथवा मेडिकल रजिस्टर ह्यांना असा तपशील आणि योग्य वाटणारी नोकरी-व्यवसायाची नोंद/ बिझिनेस किंवा इतर तपशील पुरवण्यासाठी अधिकृतता देतो. माझ्याबद्दल/ आमच्याबद्दल गोळा केलेली माहिती आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कं. लि. कडून कोणत्याही प्रॉडक्ट आणि सेवांसंबंधी प्रमोशनल साहित्य मला/आम्हाला देण्यासाठी किंवा पुरवण्यासाठी गोळा केली जाऊ शकते आणि उपयोगात आणली जाऊ शकते. मी/ आम्ही संमती देतो की मार्गदर्शित सांगितलेला आणि प्रॉडक्ट प्रकारानुसार लागू होणारा प्रतीक्षा कालावधी, पॉलिसी नुतनीकरण केल्यानंतर लागू होईल. मला/आम्हाला हेसुद्धा समजलं आहे की पॉलिसी अंतर्गत असलेल्या अटी आणि नियम हे हसे आणि देय लाभांसह लागू कायद्यानुसार बदलाअधीन आहेत. हा फॉर्म माझ्या/ आमच्या जीवन विमा/ आरोग्य विमा पॉलिसी कराराचा भाग राहिल.

विमा धारकाची सही/ अंगठ्याचा ठसा

पॉलिसी धारकाची सही/ अंगठ्याचा ठसा
(विमा धारकापेक्षा वेगळा असेल तर)

दिनांक DD | MM | YY | YY

ठिकाण _____

घोषणापत्र

जर पॉलिसी धारक अशिक्षित असेल किंवा आजारपणामुळे त्याला/ तिला लिहिता येणं शक्य नसेल अथवा पॉलिसी धारकाने मातृभाषेत सही केली असेल तर त्यासाठी उपयोग करावा. टिप: सल्लागार/ कंपनीचा कर्मचारी ह्यांच्या शिवाय इतर व्यक्तीने खालील बाबींची साक्ष देणे आवश्यक आहे.

मी/ आम्ही खात्री देतो की मला ह्या फॉर्ममधील समावेशक बाबी वाचून दाखवल्या आहेत आणि मला/ आम्हाला स्पष्टपणे समजावून सांगितल्या आहेत आणि मला/ आम्हाला त्या पूर्णपणे समजल्या आहेत. मी पुढे प्रमाणित करतो की ह्या फॉर्ममधील उत्तरे मी/ आम्ही दिलेल्या माहितीनुसार नोंदवण्यात आली आहेत.

फॉर्म भरणाऱ्या साक्षीदाराचं / व्यक्तीचं संपूर्ण नाव _____ (पॉलिसी धारकासोबत नातं)

फॉर्म भरणाऱ्या साक्षीदाराची/ व्यक्तीची सही

विमा धारक/ पॉलिसी धारक मातृभाषेत सही करत असेल तर त्याची सही/ अंगठ्याचा ठसा

दिनांक DD | MM | YY | YY

ठिकाण _____

कृपया आमच्या कस्टमर सर्व्हिस नंबर 1860-266-7766 वर संपर्क करा (स्थानिक शुल्क लागू)
कॉल सेंटरची वेळ: सकाळी 9.00 ते रात्री 9.00. सोमवार ते शनिवार (राष्ट्रीय सुट्टी वगळून)



पत्रव्यवहाराचा पत्ता

आयसीआयसीआय प्रुडेन्शियल लाइफ इन्शुरन्स कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पू), मुंबई 400 101.