ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ପତ୍ର

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ମାର୍ଗଦର୍ଶିକା:

- ବୀମା, ଏହି ପତ୍ରରେ ପଚରାଯାଇଥିବା ପ୍ରଶ୍ନ ପ୍ରକ୍ରିୟା ସ୍ୱରୂପ ପ୍ରସ୍ତାବ ଓ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଉପରେ ସମସ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧିତ (ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ) ତଥ୍ୟକୁ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ ଯଥାସମ୍ଭବ ଉତ୍ତମ ବିଶ୍ୱାସ ଉପରେ କରାଯାଇଥିବା ଏକ ଚୁକ୍ତି ଅଟେ ।
- ପଲିସୀର ନବୀକରଣ/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ରାଇଡର ସାମିଲ କରିବା/ଜୀବନ ସାମିଲ କରିବା/ଜୀବନ ବୀମାକୃତ ହେବା ଅନ୍ତିମ ଦାୟଗ୍ରହଣ ନିଷ୍ପତ୍ତି ତାରିଖ ବା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିଅମ ପ୍ରାପ୍ତି ଗ୍ରହଣ ତାରିଖ ବା ସଂଶୋଧିତ ପ୍ରିମିଅମ ଗ୍ରହଣ ସହମତି ବା ଯେପରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ସେହି ତାରିଖରୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
- ଏହି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ପତ୍ରର ବୈଧତା ତିନି ମାସ ଅଟେ ।
- ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ରାଇଡରକୁ ସାମିଲ କରିବା ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ଉତ୍ପାଦ ଅନୁସାରେ ହେବ । ଦୟାକରି ବିସ୍ତୃତ ବିବରଣୀ ପାଇଁ ପଲିସୀ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ଦେଖନ୍ତୁ ।

ପଲିସୀ କ୍ରମାଙ୍କ: .... **ତାରିଖ:** DD/MM/YYYY

ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ନାମ: ....
(ଫାମିଲୀ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଯୋଜନାରେ ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ) ପ୍ରଥମ ନାମ / ମଧ୍ୟ ନାମ / କୁଳନାମ

ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ନାମ ....
ପ୍ରଥମ ନାମ / ମଧ୍ୟ ନାମ / କୁଳନାମ

ଠିକଣା ....

ସହର .... ରାଜ୍ୟ .... ଦେଶ .... ପିନ୍ କୋଡ୍ ....

ଏସ୍‌ଟିଡି କୋଡ୍ ସହିତ ଟେଲଫୋନ୍ ନଂ.: .... **ମୋବାଇଲ୍ ନଂ.:** ....

ଇ-ମେଲ୍ ଆଇଡି: ....

ପଲିସୀ ସ୍ଥାପନା ତାରିଖ: DD/MM/YYYY **ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନର ଜନ୍ମ ତାରିଖ** (ଫାମିଲୀ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଯୋଜନା ପାଇଁ) DD/MM/YYYY

ଏଥି ସହିତ, ମୁଁ ନିବେଦନ କରୁଛି (କେବଳ ଗୋଟିକୁ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ):

- ☐ ପଲିସୀର ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ କରିବା (ଫାମିଲୀ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଯୋଜନା ପାଇଁ, ଦୟାକରି ସମସ୍ତ ଜୀବିତ ଲୋକଙ୍କ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ)
- ☐ ମୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ/ରାଇଡର ବୀମାକୃତ ରାଶି ₹ ________ ରୁ ବଢାଇ ₹ ________ କରନ୍ତୁ । (ଚୟନିତ ଯୋଜନା ପାଇଁ ସ୍ୱୀକୃତ)
- ☐ ରାଇଡରକୁ ସାମିଲ୍ କରିବା (ଚୟନିତ ଯୋଜନା ପାଇଁ ସ୍ୱୀକୃତ)
- ☐ ବୀମିତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ/ଜୀବନକୁ ସାମିଲ କରିବା (ଫାମିଲୀ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଯୋଜନାରେ)

1. ବୀମିତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ/ଜୀବନ ବିବରଣୀ (କେବଳ ସେତେବେଳେ ଭରାଯିବା ଯେତେବେଳେ ବୀମିତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ବିଦ୍ୟମାନ ପଲିସୀରେ ଜୋଡା ଯିବ)

	ଜୀବନ ସାଥୀ	ସନ୍ତାନ 1	ସନ୍ତାନ 2	ସନ୍ତାନ 3
କ) ନାମ				
ଖ) ଜନ୍ମ ତାରିଖ	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
ଗ) ଲିଙ୍ଗ	☐ ପୁରୁଷ ☐ ସ୍ତ୍ରୀ	☐ ପୁରୁଷ ☐ ସ୍ତ୍ରୀ	☐ ପୁରୁଷ ☐ ସ୍ତ୍ରୀ	☐ ପୁରୁଷ ☐ ସ୍ତ୍ରୀ
ଘ) ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି				
ଙ) ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟତା	☐ ଭାରତୀୟ ☐ ଅଣ ଭାରତୀୟ	☐ ଭାରତୀୟ ☐ ଅଣ ଭାରତୀୟ	☐ ଭାରତୀୟ ☐ ଅଣ ଭାରତୀୟ	☐ ଭାରତୀୟ ☐ ଅଣ ଭାରତୀୟ
ଚ) ନିବାସ ସ୍ଥିତି	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N
ଛ) ବୟସ ପ୍ରମାଣ				
ଜ) ଶିକ୍ଷା				
ଝ) ଯୋଗ୍ୟତା				
ଞ) ବୃତ୍ତି				
ଟ) ସଂସ୍ଥାର ପ୍ରକାର				
ଠ) ସଂସ୍ଥାର ନାମ				
ଡ) ବର୍ତ୍ତମାନ ଚାକିରିରେ ବର୍ଷ				
ଢ) ବାର୍ଷିକ ଆୟ				

ଘ) **U-** ଅବିବାହିତ **M-** ବିବାହିତ **W-** ବିଧବା **D-** ଛାଡପ୍ରାପ୍ତ

ଚ) **I-** ଭାରତୀୟ **N-** ଅଣ ଭାରତୀୟ

ଛ) ପାସ୍‌ପୋର୍ଟ **- PSPT**; ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ **- DL**; ସ୍କୁଲ୍/କଲେଜ୍ ପ୍ରମାଣପତ୍ର **- SC**; ଅନ୍ୟ– ଦୟାକରି ଚୟନ କରନ୍ତୁ

ଜ) ନିରକ୍ଷର **- UEDU**; 10 ମ ରୁ କମ୍ **-<SSC**; 10 ମ - **SSC**; 12ଶ - **HSC**; ସ୍ନାତକ - **GRAD**; ସ୍ନାତକୋତ୍ତର - **PGD**; ଡିପ୍ଲୋମା - **DIP**

ଝ) ମ୍ୟାନେଜର **- M**; ଚାର୍ଟାଡ୍ ଏକାଉଣ୍ଟାଣ୍ଟ **- C**; ଡାକ୍ତର **- D**; ଇଞ୍ଜିନିୟର **- E**; ଓକିଲ **- L**; ଅନ୍ୟ (ଚୟନ କରନ୍ତୁ)

ଞ) ବେତନଭୋଗୀ - **SP**; ବ୍ୟବସାୟ - **BSEM**; ପ୍ରଫେସର - **PROF**; ଛାତ୍ର - **STDN**; ଗୃହୀଣୀ - **HSWF**; ଅବସରପ୍ରାପ୍ତ - **RETD**; ଆତ୍ମ ନିଯୁକ୍ତ - **SELF**; କୃଷି - **AGRI**; ଅନ୍ୟ - **OT**;

ଟ) ଏମ୍‌ଏନ୍‌ସି, ପବ୍ଲିକ୍ ଲିମିଟେଡ୍, ପ୍ରାଇଭେଟ୍ ଲିମିଟେଡ୍, ପାର୍ଟନର ବା ପ୍ରୋପାଇଟର, ଶାସକୀୟ, ଟ୍ରଷ୍ଟ, ଅନ୍ୟ (ଚୟନ କରନ୍ତୁ)

2. ଜଡିତ ହେବାକୁ ଥିବା ରାଇଡର ବିବରଣୀ

ରାଇଡର ନାମ	ଅବଧି (ବର୍ଷ)	ବୀମିତ ରାଶି (₹)	ପ୍ରିମିଅମ (₹)

3. ବୀମାକାରୀ ଜୀବନ/ଜୀବନର ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୂଚନା

**ଏକକ ଜୀବଙ୍କ ଯୋଜନା ପାଇଁ, ଦୟାକରି କେବଳ ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ ଅନ୍ତର୍ଗତ ବିବରଣୀ ଭରନ୍ତୁ । ଫାମିଲୀ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଯୋଜନା ପାଇଁ ସମସ୍ତ ଜୀବନର ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।*

	ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ	ଜୀବନ ସାଥୀ	ସନ୍ତାନ 1	ସନ୍ତାନ 2	ସନ୍ତାନ 3
କ) ଉଚ୍ଚତା (ସେ.ମି)					
ଖ) ଓଜନ (କି.ଗ୍ରା.)					

	ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ		ଜୀବନ ସାଥୀ		ସନ୍ତାନ 1		ସନ୍ତାନ 2		ସନ୍ତାନ 3	
	ହଁ	ନା	ହଁ	ନା	ହଁ	ନା	ହଁ	ନା	ହଁ	ନା

ଗ) ଜୀବନ ଶୈଳୀ ବିବରଣୀ

i) କଣ ଆପଣଙ୍କ ପେଶା କୌଣସି ବିପଦ ସହିତ ଜଡିତ ଅଟେ (ଅର୍ଥାତ୍ ରାସାୟନିକ କାରଖାନା, ଖଣି, ବିସ୍ଫୋଟକ, ବିକିରଣ, ସଂକ୍ଷାରକ ରସାୟନ, ଉଚ୍ଚ ସ୍ଥାନରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବା, ଡାଇଭିଂ ଇତ୍ୟାଦି)

ii) କଣ ଆପଣ ସଶସ୍ତ୍ର, ଅର୍ଦ୍ଧସୈନିକ ବା ପୋଲିସ୍ ଫୋର୍ସରେ କାର୍ଯ୍ୟରତ ଅଟନ୍ତି ?

iii) କଣ ଆପଣ ଏପରି ଗତିବିଧରେ ଭାଗ ନିଅନ୍ତି ବା ଏପରି ଅଭ୍ୟାସ ରଖନ୍ତି ଯାହା କୌଣସି ବି ପ୍ରକାର ବିପଦଜନକ ହୋଇପାରେ ?

iv) କଣ ଆପଣ ତମ୍ବାଖୁ, ମଦ ବା କୌଣସି ନିଶା ଦ୍ରବ୍ୟ ସେବନ କରନ୍ତି ବା ଆପଣ କେବେ ଏହା ସେବନ କରିଛନ୍ତି ? (ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଏକ ପୃଥକ୍ ଫର୍ମ ଉପରେ ପ୍ରତିଦିନ ସେବନ ମାତ୍ରା ଏବଂ ବର୍ଷ ସଂଖ୍ୟା ସ୍ପଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ, ଯେବେଠାରୁ ଆପଣ ସେବନ କରିଆସୁଛନ୍ତି)

ଘ) ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିବରଣୀ

i) କଣ ଆପଣ କୌଣସି ଜନ୍ମଜାତ ଦୋଷ/ଅସ୍ୱାଭାବିକତା ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରସ୍ତ ଅଟନ୍ତି ?

ii) କଣ ଆପଣ କୌଣସି ଶାରୀରିକ ବା ବିକଳାଙ୍ଗତା ବା ଆପଣ ଗତିଶୀଳତା ପାଇଁ କୌଣସି ଯାନ୍ତ୍ରିକ/ଭୌତିକ ସହାୟତାର ପ୍ରୟୋଗ କରନ୍ତି ।

iii) ବିଗତ 5 ବର୍ଷରେ କଣ ଆପଣ କୌଣସି ବେମାରୀ ପାଇଁ 2 ଦିନ ବା ତାହାଠାରୁ ଅଧିକ ସମୟ ନିମନ୍ତେ କୌଣସି ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ବା କ୍ରମାନ୍ୱୟରେ 7 ଦିନ ବା ତାହାଠାରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପାଇଁ ସେଠାରେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଉପଚାର ପ୍ରାପ୍ତ କରିଛନ୍ତି ବା କୌଣସି ଶଲ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ବା ନୈଦାନିକ ପରୀକ୍ଷଣ (ମେମୋଗ୍ରାମ୍ ଓ ପିଏପି ସ୍ମିଅର) ବା ଅସାଧାରଣ ପରିଣାମ ସହିତ ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷଣ କରାଇବା ବା ଆପଣଙ୍କୁ କୌଣସି ଯାଞ୍ଚ ବା ପରୀକ୍ଷଣ କରିବା ନିମନ୍ତେ ପରାମର୍ଶ ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି ?

iv) କଣ ଆପଣ ଜାଣନ୍ତି କି ଆପଣ କେବେ କ୍ୟାନସର, ଟ୍ୟୁମର, ସିଷ୍ଟ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବିକାଶ ପାଇଁ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଚିକିତ୍ସିତ ବା ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ?

v) କୌଣସି ବେମାରୀ/କ୍ଷତ/ଦୁର୍ଘଟଣା ଯେଉଁଥିରେ ଏକ ସପ୍ତାହରୁ ଅଧିକ ଉପଚାର/ଚିକିତ୍ସାର ଆବଶ୍ୟକତା ହୋଇଛି ?

vi) ବିଗତ ଦୁଇ ବର୍ଷରେ, କଣ ଆପଣ ଚିକିତ୍ସା ଆଧାରରେ କ୍ରିମାନ୍ୱୟରେ ଦୁଇ ଦିନରୁ ଅଧିକ ପାଇଁ ଛୁଟି ନେଇଛନ୍ତି ?

ଙ) କଣ ଆପଣ ନିମ୍ନୋକ୍ତ କୌଣସି ରୋଗରେ ପୀଡିତ ରହିଥିଲେ ବା ଏବେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ଅଟନ୍ତି ?

a. ମଧୁମେହ/ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତ ଶର୍କରା

b. ଉଚ୍ଚ/ନିମ୍ନ ରକ୍ତଚାପ

c. ଆଖି, କାନ, ନାକ, ବେକର ବିକାର ଯେଉଁଥିରେ ତ୍ରୁଟିପୂର୍ଣ୍ଣ ଦୃଷ୍ଟି ବା କହିବା ବା ଶୁଣିବାର ଶକ୍ତି ବା କାନରୁ ନିର୍ଗତ ହେବା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ

d. ବିଗତ 6 ମାସରେ ଓଜନ 10 କି.ଗ୍ରା. ବା ତାହା ଠାରୁ ଅଧିକ ପରିବର୍ତ୍ତନ

e. ମସ୍ତିଷ୍କ, ମାନସିକ ରୋଗ, ପାର୍କିନସନ୍, ମଲ୍ଟିପଲ୍ ସ୍କେରୋସିସ୍, ତନ୍ତ୍ରିକା ତନ୍ତ୍ର, ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍, ପକ୍ଷାଘାତ ବା ଅପସ୍ମାର ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବେମାରୀ

f. ଶ୍ୱାସ, ଶ୍ୱସନ ଶୋଥ, ଛିପ ପକାଇଲେ ରକ୍ତ ବାହାରିବା, କ୍ଷୟ ରୋଗ ବା ଅନ୍ୟ ଶ୍ୱସନ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର

g. ରକ୍ତ ହ୍ରାସ, ରକ୍ତ ବା ରକ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର

h. ମାଂସପେଶୀ ଓ ଅସ୍ଥି ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର ଯେପରି ଗଣ୍ଠିବାତ, ବାରମ୍ବାର ହେଉଥିବା ପିଠି ଦରଜ, ସ୍ଲିପ୍ ଡିସ୍କ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ସ୍ପାଇନ୍, ଜୋଡ ବା ଅଙ୍ଗ ବିକାର ବା କୋଷ୍ଠ ରୋଗ

i. କଣ ଆପଣ ବା ଆପଣଙ୍କ ଜୀବନସାଥୀ କେବେ ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, ଏଚ୍ଆଇଭି/ଏଡ୍ସ ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଯୌନ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ପାଇଁ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା କରାଇଛନ୍ତି ?

j. ଛାତିରେ ଦରଜ, ପଲପିଟେଶନ୍, ର୍ୟୁମେଟିକ୍ ଜ୍ୱର, ହାର୍ଟ ମର୍ମର, ହୃତ୍‌ଘାତ, ନିଃଶ୍ୱାସ ନେବାରେ ଅସୁବିଧା ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ହୃଦୟ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ରୋଗ

k. କିଡ୍‌ନୀ, ବ୍ଲାଡର୍, ପ୍ରୋଷ୍ଟେଟ୍, ଟେଷ୍ଟସ, ସ୍କ୍ରୋଟମ୍ ବା କୌଣସି ମୂତ୍ର ପ୍ରଣାଳୀ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର

l. ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରିଟିସ୍, ଷ୍ଟୋମାକ୍ ବା ଡ୍ୟୁଡେନାଲ୍ ଅଲସର, ହାର୍ଣ୍ଣିଆ, ଯକୃତ ରୋଗ, ଜଣ୍ଡିସ୍, ହେପାଟାଇଟିସ୍, ଫିଷ୍ଟୁଲା, ପାଇଲ୍‌ସ ବା ଅନ୍ୟ ରୋଗ ବା ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋ–ଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ସିଷ୍ଟମ୍‌ର ବିକାର

m. ଥାଇରଏଡ୍ ବିକାର ବା ଅନ୍ତଃସ୍ରାବୀ ପ୍ରଣାଳୀ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ରୋଗ ବା ବିକାର

n. କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବିକାର ବା ଦୁର୍ବଳତା ଯାହା ଉପରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ହୋଇ ନାହିଁ

ଏଫ୍. କେବଳ ମହିଳାଙ୍କ ପାଇଁ (ଯଦି ଲାଗୁ ନୁହେଁ ତେବେ କାଟି ଦିଅନ୍ତୁ)

i) କଣ ଆପଣ କେବେ ମହିଳା ରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସମସ୍ୟାରେ ପୀଡିତ ଅଟନ୍ତି/ହେଉଛନ୍ତି ?

ii) କଣ ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ଗର୍ଭବତୀ ଅଟନ୍ତ ? ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଅବଧିକୁ ସପ୍ତାହରେ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

iii) କୌଣସି ଜଟିଳତା, ଗର୍ଭପାତ, ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ବା ସିଜରିଆନ୍‌ର ଚିକିତ୍ସାତ୍ମକ ସମାପ୍ତି ?

iv) ଆପଣକଣ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ପାଇଁ କେବେ ପରୀକ୍ଷଣ ବା ଉପଚାର କରାଇଛନ୍ତି ବା ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସୀୟ ପରାମର୍ଶ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଛନ୍ତି ବା ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ପରାମର୍ଶ ନେଇଛନ୍ତି ?

- a. ଗର୍ଭାଶୟ ଗ୍ରୀବା(ସର୍ଭିକ୍ସ), ଗର୍ଭାଶୟ, ଡିମ୍ବାଶୟ ବା ଯୋନିର କୌଣସି ରୋଗ ବା ବିକାର, ଅସାମାନ୍ୟ ରକ୍ତ ସ୍ରାବ, କ୍ୟାନସର ବା ଅସ୍ୱାଭାବିକ ବିକାଶ ?
- b. ସ୍ତନ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ରୋଗ ବା ବିକାର ଯେପରି ବ୍ରେଷ୍ଟ ଲ୍ୟୁମ୍ପ୍, ସିଷ୍ଟ, ଫାଇବ୍ରୋସିଷ୍ଟିକ୍ ରୋଗ, ନିପଲ୍ ପରିବର୍ତ୍ତନ ବା ସ୍ରାବ, କ୍ୟାନସର ବା ବିକାଶ ?

4. ଯଦି 3ସି ରୁ ଆରମ୍ଭକରି 3ଏଫ୍ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ କୌଣସି ବି ପ୍ରଶ୍ନ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ଉତ୍ତର ହଁ ଅଟେ ତେବେ ଦୟାକରି ଏକ ଭିନ୍ନ ଫର୍ମ ଉପରେ ନାମାଙ୍କିତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

(i) ବୀମାକାରୀ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ

(ii) ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଓ ଠିକଣା

(iii) ବେମାରୀର ପ୍ରକୃତି/ସଠିକ୍ ପରିଚୟ

(iv) ରୋଗ ଚିହ୍ନଟର ପ୍ରଥମ ତାରିଖ

(v) ଲକ୍ଷଣର ବିବରଣୀ (ପ୍ରାରମ୍ଭ, ତୀବ୍ରତା ଓ ସମୟ)

(vi) ପ୍ରେସ୍କିପଶନ୍ ବା ଔଷଧ ତାଲିକା

(vii) ଆଗାମୀ ନିୟୋଜିତ ପରାମର୍ଶ (ଯଦି କୌଣସି ଥାଏ)

5. ବୀମା ପଲିସୀ ଜାରି ହେବା ତାରିଖରୁ/ପଲିସୀ ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ତାରିଖରୁ କଣ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ ନିଜର ବ୍ୟବସାୟ/ବାସସ୍ଥାନ/ବୃତ୍ତି ବଦଳାଇ ଦେଇଛନ୍ତି ?

ଯଦି ହଁ, ତେବେ କଣ ବ୍ୟବସାୟ (ଅର୍ଥାତ୍ ରସାୟନ କାରଖାନା, ଖଣି, ବିସ୍ଫୋଟକ, ବିକିରଣ, ସଂକ୍ଷାରକ ରସାୟନ, ଇତ୍ୟାଦି)/ ପେଶା (ଅର୍ଥାତ୍ ବିମାନଯାତ୍ରା, ଭଡା ଦେଇ ଯାତ୍ରା କରୁଥିବା ଯାତ୍ରୀ ବ୍ୟତୀତ, ଡାଇଭିଂ, ପର୍ବତାରୋହଣ, ଯେକୌଣସି ପ୍ରକାର ରେସିଂ ଇତ୍ୟାଦି) କୌଣସି ବିଶେଷ କ୍ଷତି/ଅସୁବିଧା ସହିତ ଜଡିତ ଅଟେ ?

ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:..

6. ଏହି ପଲିସୀର ପ୍ରସ୍ତାବ/ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ତାରିଖ ପରେ ଆଇସିଆଇସଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ କୌଣସି ବୀମା ପଲିସୀ ପାଇଁ ଅନ୍ୟ ପ୍ରସ୍ତାବ/ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ଆବେଦନ କରିଛନ୍ତି (ଯଦି କୌଣସି ଥାଏ) ସ୍ଥିତି କଣ ଅଟେ ?

ପଲିସୀ ବା ପ୍ରସ୍ତାବ କ୍ରମାଙ୍କ	କମ୍ପାନୀ ନାମ	ଜାରି କରିବା/ ଆବେଦନ ବର୍ଷ	ଚିକିତ୍ସା ପଲିସୀ		ବାର୍ଷିକ ପ୍ରିମିଅମ (₹)	ମୂଳ ବମାରାଶି (₹)	ମୂଳ ଯୋଜନା–ନିର୍ଣ୍ଣୟ (ମାନକ/ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରିମିଅମ ସହିତ/ସ୍ଥଗିତ/ଅସ୍ୱୀକୃତ/ ପୂର୍ଣ୍ଣ ନୁହେଁ)	ରାଇଡର୍ସ ଓ ନିର୍ଣ୍ଣୟ (ମାନକ/ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରିମିଅମ ସହିତ/ସ୍ଥଗିତ/ଅସ୍ୱୀକୃତ/ପୂର୍ଣ୍ଣ ନୁହେଁ) ଙ୍କ ନାମ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ	ବଳବତ୍ତର/ବାଜ୍ୟାପ୍ତି (ବାଜ୍ୟାପ୍ତି/ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ବର୍ଷର ଆବେଦନ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)
			ହଁ	ନା					

- ଯଦି ଜାଗା ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ଅଟେ ତେବେ ଏପରି ସ୍ଥିତିରେ ଦୟାକରି ଭିନ୍ନ ଏକ ଫର୍ଦ୍ଦ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।

ଘୋଷଣା ଓ ପ୍ରାଧିକରଣ ପତ୍ର

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି/କରୁଛୁ ଯେ ମୁଁ/ଆମେ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନକୁ ଏବଂ ଏହି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ପ୍ରଦାନ ସମୟରେ ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରିବାର ମହତ୍ତ୍ୱକୁ ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିଛି/ବୁଝିଛୁ । ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ମୁଁ/ଆମେ ଏହା ଘୋଷଣା କରୁଛି/କରୁଛୁ କି ମୋର/ଆମ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତାବ ପତ୍ରରେ ପଚରା ଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଏବଂ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତି ଏବଂ ଆପଦ ବିଷୟରେ କମ୍ପାନୀର ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷକଙ୍କୁ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ସବୁ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସତ୍ୟ ଓ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ/ଆମେ କୌଣସି ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପରିହାର ବା ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ ଗୋପନୀୟ ରଖି ନାହିଁ/ନାହୁଁ । ମୁଁ/ଆମେ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କୋ. ଲିଃ ର ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା, ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷକ, ବା ତତ୍ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଏପରି କୌଣସି ବିବୃତ୍ତି ପ୍ରଦାନ କରି ନାହିଁ, ଯାହା ଏହି ଆବେଦନ ଉପରେ କୌଣସି ବି ପ୍ରକାର ଉତ୍ତର ଓ ବିରବଣୀକୁ ବଦଳାଇ ଦିଏ । ମୁଁ/ଆମେ ନବୀକରଣ/ରାଇଡରକୁ ସାମିଲ କରିବା/ଜୀବନ/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମାକୃତ ରାଶି ପାଇଁ ବୀମିତ ହେବାକୁ ଥବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତିରେ କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ବା ଏହି ପ୍ରସ୍ତବ ଉପରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିବା ପରେ ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଅସୁବିଧା ସ୍ୱୀକାର କରିବା ପୂର୍ବରୁ ତାଙ୍କର ବ୍ୟବସାୟ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ବି ପରିବର୍ତ୍ତନର ସୂଚନା କମ୍ପାନୀକୁ ପ୍ରଦାନ କରିବାର ଉତ୍ତର ଦାୟିତ୍ୱ ନେଉଛି/ନେଉଛୁ ।

ମୁଁ/ଆମେ ସହମତ ଅଟେ/ଅଟୁ କି ମୁ/ଆମେ ଦାବି କରିବା ପାଇଁ ଶଠତାପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟବହାର କରି ନାହିଁ/ନାହୁଁ । ମୁଁ/ଆମେ ମଧ୍ୟ ଏକମତ ଅଟୁ ଯେ ଯଦି ମୁ/ଆମେ ଏହା କରେ/କରୁ, କମ୍ପାନୀ ଚୁକ୍ତି ସମାପ୍ତ କରିଦେବ ।

ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷଣ ମାଧମରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତି ସହିତ ସମଗ୍ର ସ୍ଥିତି, ଯେଉଁଠାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ପ୍ରୟୋଗଶାଳା ପରୀକ୍ଷଣ, କାର୍ଡିଓଲୋଜୀ, ରେଡିଓଲଜିକଲ୍ ପରୀକ୍ଷଣ ଓ ଜୀବାଣୁ/ବିଷାଣୁ/ଫଙ୍ଗୁ ସଂକ୍ରମଣ ବିଷୟରେ ଜାଣିବା ପାଇଁ ରକ୍ତ ପରୀକ୍ଷଣ ସହିତ ଅନ୍ୟ ଚିକିତ୍ସକୀୟ ଯାଞ୍ଚ ସାମିଲ ହୋଇପାରେ ତାହାର ଅନୁବୀକ୍ଷଣ/ପୁଷ୍ଟି/ପୁନଃ ପୁଷ୍ଟିକୁ ସଂଚାଳିତ କରିବା ପାଇଁ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କୋ. ଲିଃ କୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି/କରୁଛୁ । ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ଏଲିସା ମେଥଡ୍ ଦ୍ୱାରା ଏଚ୍ଆଇଭି 1/2 ପରୀକ୍ଷଣ କରାଇବା ପାଇଁ ନିଜର ସହମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି/କରୁଛୁ । ମୁଁ/ଆମେ ଜାଣେ/ଜାଣୁ କି ଏହି ପରୀକ୍ଷଣର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ କେବଳ ଅନୁବୀକ୍ଷଣ କରିବା, ଏଚ୍ଆଇଭି/ଏଡ୍ସ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିବା ନୁହେଁ ।

ମୁଁ/ଆମେ ବୁଝେ/ବୁଝୁ ଯେ କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ଏହି ଆବେଦନ ସ୍ୱୀକାର କରିବା, ଅସ୍ୱୀକାର କରିବା ବା ବୈକଳ୍ପିକ ସର୍ତ୍ତର ପ୍ରସ୍ତାବ କରିବାର ଅଧିକାର ସୁରକ୍ଷିତ ଅଟେ ।

ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନ୍ତର୍ଗତ ବା ତାହା ପରେ କୌଣସି ବି ସମୟ ଅସୁବିଧାର ଆକଳନ ପାଇଁ କମ୍ପାନୀକୁ ସକ୍ଷମ କରିବା ନିମନ୍ତେ, ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ପୂର୍ବ ଏବଂ ବର୍ତ୍ତମାନ ନିଯୋକ୍ତା/ବ୍ୟବସାୟିକ ସହଯୋଗୀ/ମେଡିକାଲ୍ ପ୍ରାକ୍ଟିଶନର/ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା ଉତ୍ସ/କୌଣସି ଜୀବନ ଓ ଅଣ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ/ବା ସଂଗଠନ ବା ଜୀବନ ବୀମା ଆସୋସିଏଶନ୍ର ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟରକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଓ କମ୍ପାନୀକୁ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଉତ୍ସ/ଜୀବନ ଓ ଅଣ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ/ବା ଜୀବନ ବୀମା ସଂଘ ବା ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟରକୁ ଏହି ପ୍ରକାର ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ ଓ ରୋଜଗାର/ବ୍ୟବସାୟର ଅଭିଲେଖ ବା ଅନ୍ୟ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ, ଯେପରି ବି ପ୍ରାସଙ୍ଗିକତା ହେଉ, ତାଙ୍କୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଛି/କରୁଛୁ ।

କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରହଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଏହି ଫର୍ମ ମୋର/ଆମର ଜୀବନ/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସୀ ଅନୁବନ୍ଧର ଏକ ଅଂଶ ହେବ ।

ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ	ଜୀବନସାଥୀ	ପିଲା 1	ପିଲା 2	ପିଲା 3	ପ୍ରସ୍ତାବକ (ଯଦି ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଅଟନ୍ତି)
____________	____________	____________	____________	____________	____________

ଜୀବନ/ବୀମିତ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ ଚିହ୍ନ (18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଜୀବନ/ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତି ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ନୁହେଁ)

ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର________________________ (ଯଦି ବୀମିତ ହେବାକୁ ଯାଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଟିପ ଚିହ୍ନ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତି ତେବେ ଏହା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରମାଣିତ ହେବା ଉଚିତ)

ତାରିଖ ......DD/MM/YYYY...... ସ୍ଥାନ ....

ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ଚିରକୁଟ୍

ଏହା ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ପତ୍ର ଗ୍ରହଣର ସ୍ୱୀକାରପ୍ରାପ୍ତି ଅଟେ ।

ପଲିସୀ ନମ୍ବର: ....

ତାରିଖ: ......DD/MM/YYYY......

ଗ୍ରହଣକର୍ତ୍ତା:..............................

ମୋହର
ଓ
ସମୟ

ଘୋଷଣା ଏବଂ ପ୍ରାଧିକରଣ

1938 ବୀମା ଅଧିନିୟମର ଧାରା **41** (**1938** ର **4**): (1) କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଅନୁମତି ଦେବେ ନାହି କିମ୍ବା ଅନୁମତି ଦେବା ପାଇଁ ଅଫର କରିବେ ନାହିଁ, ହୁଏତ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ, ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପଦ ସହିତ ଜଡିତ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ବିପଦ ଦୃଷ୍ଟିରୁ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ପ୍ରଲୋଭନ ଦେଖାଇ ବୀମା କରିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରୀ ରଖିବା ପାଇଁ, ଦେୟ କମିଶନର ସମଗ୍ର କିମ୍ବା ଅଂଶର କୌଣସି ଛାଡ କିମ୍ବା ପଲିସୀରେ ପ୍ରଦର୍ଶିତ ପ୍ରିମିଅମର କୌଣସି ଛାଡ, ଏକ ପଲିସୀ ନେଉଥିବା କିମ୍ବା ପୁନଃନବୀକରଣ କରୁଥିବା ଏହିଭଳି ଛାଡ ଗୁଡିକୁ ବାଦ୍ ଦେଇ ପ୍ରକାଶିତ ସୂଚନା ପୁସ୍ତିକା ବା ବୀମାକାରୀଙ୍କ ସାରଣୀ ଅନୁସାରେ ମଞ୍ଜୁର ହୋଇପାରେ । ଏହି ସତ୍ତ୍ୱରେ ଯେ ଜଣେ ବୀମା ଏଜେଣ୍ଟଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିଜ ଜୀବନ ଉପରେ ତାଙ୍କ ନିଜ ଦ୍ୱାରା ନିଆଯାଇଥିବା ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସୀ ସହିତ ଜଡିତ କମିଶନ ଗ୍ରହଣ ଏହି ଉପ–ଧାରାର ପରିସର ଭିତରେ ପ୍ରିମିଅମର ଏକ ଛାଡ ଗ୍ରହଣ/ସ୍ୱୀକାର ଭାବେ ବିବେଚିତ ହେବ ନାହିଁ, ଯଦି ସେହି ଗ୍ରହଣ ସମୟରେ ବୀମା ଏଜେଣ୍ଟ ବର୍ଣ୍ଣିତ ସର୍ତ୍ତଗୁଡିକର ସନ୍ତୋଷଜନକ ଉତ୍ତର ଦେଇ ପ୍ରମାଣିତ କରିଥାନ୍ତି ଯେ ସେ ହେଉଛନ୍ତି ବୀମାକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ନିଯୁକ୍ତ ଜଣେ ସଚ୍ଚୋଟ ବୀମା ଏଜେଣ୍ଟ । **2.** ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ଗୁଡିକ ଅନୁପାଳନ କରିବାରେ ଖିଲାପ କରୁଥବବା ଯେ କେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଅର୍ଥ ଦଣ୍ଡରେ ଦଣ୍ଡିତ ହେବେ, ଯାହାକି ପାଞ୍ଚଶହ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବୃଦ୍ଧି ହୋଇପାରେ ।

ଧାରା 45: ଏହି ଅଧିନିୟମ ଆରମ୍ଭ ହେବା ଆଗରୁ ପ୍ରଭାବକୁ ଆସିଥିବା କୌଣସି ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସୀ ଏହି ଅଧିନିୟମ ଆରମ୍ଭ ହେବା ଦିନାଙ୍କ ଠାରୁ ଦୁଇ ବର୍ଷ ଅନ୍ତେ ଏବଂ ଏହି ଅଧିନିୟମ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ପରେ ପ୍ରଭାବକୁ ଆସିଥିବା କୌଣସି ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସୀ, ପ୍ରଭାବକୁ ଆସିଥିବା ଦିନାଙ୍କ ଠାରୁ ଦୁଇ ବର୍ଷ ଅନ୍ତେ କୌଣସି ବୀମାକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସନ୍ଦେହ କରାଯିବ ନାହିଁ ଯେ ବୀମା ପ୍ରସ୍ତାବରେ ବା କୌଣସି ମେଡିକାଲ୍ ଅଫିସର୍ଙ୍କ ରିପୋର୍ଟରେ ବା ରେଫରୀ ବା ବୀମାକୃତଙ୍କ ମିତ୍ର, ବା ପଲିସୀ ଜାରି କରାଯିବା ପାଇଁ ଉପଯୋଗୀ କୌଣସି ଅନ୍ୟ ଦସ୍ତାବିଜ୍‌ରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବକ୍ତବ୍ୟ ଭୁଲ୍ ବା ମିଛ, ଯଦି ବୀମାକାରୀ ଦର୍ଶାଇ ପାରିବେ ଯେ ଏଭଳି ବକ୍ତବ୍ୟ ଏକ ମ୍ୟାଟେରିଆଲ୍ ମ୍ୟାଟର ବିଷୟରେ ଥିଲା ଏବଂ ତଥ୍ୟ ଲୁଚାଯାଉଥିଲା, ଯାହା ବତାଇବା ଜରୁରୀ ଥିଲା ଏବଂ ସେଭଳି କୃତ୍ୟ ବୀମାକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରତାରଣାପୂର୍ବକ କରାଯାଇଥିଲା ଏବଂ ତାହା କରିବା ସମୟରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା ସେତକ ମିଛ ବୋଲି ଜାଣିଥିଲେ ବା ବତାଇବାଯୋଗ୍ୟ ତଥ୍ୟ ମିଛ ବୋଲି ଜାଣିଥିଲେ ।

ଘୋଷଣା

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 ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଯେ ଫର୍ମରେ ଥିବା ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସ୍ପଷ୍ଟ ରୂପେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ତାହାକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିଛି ।

ମୁଁ ଅଧିକନ୍ତୁ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛି ଯେ ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଉତ୍ତର ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ଅନୁସାରେ ରେକର୍ଡ କରାଯାଇଛି ।

ମୁଁ (ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ) ________________________ ପିତା ________________________ ବୟସ୍କ ଏବଂ ______________ ର ନିବାସୀ ଏବଂ (ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ବନ୍ଧ) ________________________ ଏତଦ୍ୱାରା ପ୍ରକାଶ କରୁଛି କି ମୁଁ ଏହି ପତ୍ର ଏବଂ ଅନ୍ୟ ସମସ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ଯାହା ବୀମା ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ଅଟେ ତାହାର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ/ଶ୍ରୀମତୀ/ସୁଶ୍ରୀ ________________________ ଙ୍କୁ ପଢି ଶୁଣାଇଛି ଏବଂ ବୁଝାଇଛି ଏବଂ ସେ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ପଲିସୀର ନିୟମ ଓ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ ଏହାର ଖଣ୍ଡ ପାଳନ କରିବା ପାଇଁ ସହମତ ଅଟେ । ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି କି ଏଠାରେ ଉପରେ ଯାହା କିଛି ମୁଁ କହିଛି ତାହା ମୋ ଜ୍ଞାତସାରରେ ଓ ବିଶ୍ୱାସ ଅନୁସାରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଅଟେ । ସତ୍ୟନିଷ୍ଠ ଭାବେ ________________ କୁ ________________ ଉପରେ ଏହାକୁ ପ୍ରକାଶ କରୁଛି ।

________________________ ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର	________________________ ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ ଟିପ ଚିହ୍ନ
ତାରିଖ ......DD/MM/YYYY......	ସ୍ଥାନ ....

କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ

ସ୍ୱାର୍କ କଲ୍ ଆଇଡି ....

ତାରିଖ ......DD/MM/YYYY......

ସ୍କାନିଂ କ୍ୟାବିନେଟ୍..............................

ପ୍ରାପ୍ତକର୍ତ୍ତା ....

ଟିପ୍ପଣୀ ....

ମୋହର
ଓ
ସମୟ

ଦୟାକରି ଆମର ଗ୍ରାହକ ସେବା ନମ୍ବର 1-800-22-2020 ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ (ଲୋକାଲ୍ ଚାର୍ଜେସ୍ ଲାଗୁ)
କଲ୍ ସେଣ୍ଟର ସମୟ: ସକାଳ 9.00 ରୁ ରାତି 9.00 ଘଟିକା ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର (କେବଳ ଜାତୀୟ ଛୁଟିଦିବସ ବ୍ୟତୀତ)

ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା

ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିଃ, ବିନୋଦ ସିଲ୍କ ମିଲ୍ସ କମ୍ପାଉଣ୍ଡ, ଚକ୍ରବର୍ତ୍ତୀ ଅଶୋକ ନଗର, ଅଶୋକ ରୋଡ୍, କାନ୍ଦିଭାଲି (ପୂ), ମୁମ୍ବଇ 400 101 ।