ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ପତ୍ର

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ମାର୍ଗଦର୍ଶିକା:

- ✓ ଏହି ପ୍ରପତ୍ରରେ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ବିବରଣୀ ରହିବା ଉଚିତ ।
- ✓ ଏହି ପଦ୍ଧତି ଏକ ଜୀବନ ପଲିସୀର ନବୀକରଣ/ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ରାଇଡର ସାମିଲ କରାଯିବା/ରାଇଡର ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ଟପ୍ ଅପ୍ ଅନୁରୋଧ ପାଇଁ ପ୍ରୟୋଗ କରାଯିବା ଉଚିତ ।
- ✓ ବୀମା, ଏହି ପତ୍ରରେ ପଚରାଯାଇଥିବା ପ୍ରଶ୍ନ ପ୍ରକ୍ରିୟା ସ୍ୱରୂପ ପ୍ରସ୍ତାବ ଓ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଉପରେ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭବ (ମହତ୍ତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ) ତଥ୍ୟକୁ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବା ପାଇଁ ଯଥାସମ୍ଭବ ଉତ୍ତମ ବିଶ୍ୱାସ ଉପରେ କରାଯାଇଥିବା ଏକ ଚୁକ୍ତି ଅଟେ ।
- ✓ ପଲିସୀର ନବୀକରଣ/ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ରାଇଡର ସାମିଲ କରିବା/ରାଇଡର ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ଟପ୍-ଅପ୍, ବୀମା କରାଯିବାର ନିର୍ଣ୍ଣୟର ଅନ୍ତିମ ତାରିଖ ବା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିଅମ ପ୍ରାପ୍ତି ତାରିଖ ବା ସଂଶୋଧିତ ପ୍ରିମିଅମ ପାଇଁ ସହମତିର ତାରିଖ, ଯାହା ବି ପରେ ହୋଇଥିବ, ସେହି ତାରିଖରୁ ପ୍ରଭାବୀ ହେବ ।
- ✓ ଏହି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା (ପିଏଚ୍‌ଡି)ର ମାନ୍ୟତା 6 ମାସ ଅଟେ, ସେହି ସ୍ଥିତିରେ ଯେବେ କୌଣସି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରାଇଡର ପଲିସୀ ସହିତ ସଂଲଗ୍ନ ହେବ, ଏହି ପିଏଚ୍‌ଡିର ମାନ୍ୟତା 3 ମାସ ହେବ ।
- ✓ ବୀମାକୃତ ରାଶିରେ ବୃଦ୍ଧି/ରାଇଡରକୁ ସାମିଲ କରିବା ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ଉତ୍ପାଦ ଅନୁସାରେ ହେବ । ଦୟାକରି ବିସ୍ତୃତ ବିବରଣୀ ପାଇଁ ପଲିସୀ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ଦେଖନ୍ତୁ ।

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

ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ନାମ: _____
ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ/ସୁଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ ପ୍ରଥମ ନାମ ଝୁଲନାମ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ନାମ: _____
(ଯଦି ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଠାରୁ ଅଲଗା ଅଟନ୍ତି) ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ/ସୁଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ ପ୍ରଥମ ନାମ ଝୁଲନାମ

ସମ୍ପର୍କ ପାଇଁ: _____
ଏସ୍‌ଟିଡି ବାସସ୍ଥାନ ଏସ୍‌ଟିଡି କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସମ୍ପ୍ରସାରଣ ଆଇଏସ୍‌ଡି ମୋବାଇଲ୍

ଇ-ମେଲ୍ ଆଇଡି _____

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ନିବେଦନ କରୁଛି:

☐ ପଲିସୀ ପୁନଃ ପ୍ରଚଳନ ପାଇଁ

☐ ମୋର ଜୀବନ ରାଇଡର ବୀମିତ ରାଶିକୁ ₹_____ରୁ ବଢାଇ ଟ ₹_____ କରିବା ପାଇଁ (ଚୟନିତ ଯୋଜନା ପାଇଁ ସ୍ୱୀକୃତ)

☐ ରାଇଡରକୁ ସାମିଲ କରିବା ପାଇଁ (ଚୟନିତ ଯୋଜନା ପାଇଁ ସ୍ୱୀକୃତ)

ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ରାଇଡରକୁ ମୋ ପଲିସୀରେ ସାମିଲ କରନ୍ତୁ:

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

ଦୟାକରି ନିମ୍ନୋକ୍ତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

	ହଁ	ନାହିଁ
1. ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଉଚ୍ଚତା _____ସେ.ମି. ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଓଜନ _____ କି.ଗ୍ରା.		
2. କଣ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉତ୍ତମ ଅଟେ ?	☐	☐
ଯଦି ନୁହେଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: _____		
3. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ପ୍ରଶ୍ନ:	☐	☐
a) କଣ ଆପଣଙ୍କ ଠାରେ କୌଣସି ଶାରୀରିକ ବିକଳାଙ୍ଗତା/ଜନ୍ମଜାତ ଦୋଷ/ଅସ୍ୱଭାବିକତା ରହିଛି ?	☐	☐
b) କଣ ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ପରାମର୍ଶ ନେଇଛନ୍ତି ବା କଣ ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷଣ, ଯାଞ୍ଚ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଦେଇ ଗତି କରୁଛନ୍ତି ବା କୌଣସି ପରୀକ୍ଷଣ ବା ଯାଞ୍ଚର ପରିଣାମକୁ ଅପେକ୍ଷା କରୁଛନ୍ତି ବା ଆପଣଙ୍କୁ କେବେ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା, ଯାଞ୍ଚ ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିବା ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି ବା ଆପଣ ଯାଞ୍ଚ, ପରୀକ୍ଷଣ, ଉପଚାର ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ପାଇଁ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ?	☐	☐
c) କଣ ଆପଣ କେବେ କ୍ୟାନସର, ଟ୍ୟୁମର, ସିଷ୍ଟ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଉପଚାରିତ ବା ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ବା ଆପଣଙ୍କ ପାଖରେ ଏହାର ସୂଚନା ରହିଛି, ବା କଣ ଆପଣଙ୍କୁ କୌଣସି ଯାଞ୍ଚ ବା ଉପଚାର ପାଇଁ କର୍କଟ ରୋଗ ବିଶେଷଜ୍ଞ ବା କ୍ୟାନସର ହସ୍ପିଟାଲ୍‌କୁ ସୁପାରିଶ କରାଯାଇଛି ।	☐	☐
d) କଣ ଆପଣଙ୍କୁ କୌଣସି ଏପରି ବେମାରୀ/କ୍ଷତି/ଦୁର୍ଘଟଣା ହୋଇଛି ଯାହା ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କର ଏକ ସପ୍ତାହରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଉପଚାର/ଚିକିତ୍ସାର ଆବଶ୍ୟକତା ହୋଇଛି ?	☐	☐
e) ବିଗତ ଦୁଇ ବର୍ଷରେ, କଣ ଆପଣ ଚିକିତ୍ସା ଆଧାରରେ କ୍ରମାନ୍ୱୟରେ ଦୁଇଦିନରୁ ଊର୍ଦ୍ଧ୍ୱ ଅବକାଶ ନେଇଛନ୍ତି ?	☐	☐
f) କଣ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ (ଆପଣ) କେବେ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟିରେ ପୀଡିତ ରହିଛନ୍ତି ବା ସେଥିରେ ଏବେବି ଆକ୍ରାନ୍ତ ଅଟନ୍ତି ?	☐	☐
(i) ମଧୁମେହ/ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତ ଶର୍କରା/ଉଚ୍ଚ/ନିମ୍ନ ରକ୍ତଚାପ	☐	☐
(ii) ଆଖି, କାନ, ନାକ, ବେକର ବିକାର ଯେଉଁଥିରେ ତ୍ରୁଟିପୂର୍ଣ୍ଣ ଦୃଷ୍ଟି ବା କହିବା ବା ଶୁଣିବାର ଶକ୍ତି ବା କାନରୁ ନିର୍ଗତ ହେବା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ	☐	☐
(iii) ଯକୃତ, ପ୍ରଜନନ ତନ୍ତ୍ର ସମ୍ବନ୍ଧିତ ରୋଗ	☐	☐
(iv) ବିଗତ 6 ମାସରେ ଓଜନ 10 କି.ଗ୍ରା. ବା ତାହା ଠାରୁ ଅଧିକ ପରିବର୍ତ୍ତନ	☐	☐
(v) ମସ୍ତିଷ୍କ, ମାନସିକ/ମନୋରୋଗ, ପାର୍କିନସନ୍, ମଲ୍ଟିପଲ୍ ସ୍କେରୋସିସ୍, ତନ୍ତ୍ରିକା ତନ୍ତ୍ର, ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍, ପକ୍ଷାଘାତ ବା ଅପସ୍ମାର ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବେମାରୀ	☐	☐
(vi) ଶ୍ୱାସ, ଶ୍ୱସନ ଶୋଥ, ଛେପ ପକାଇଲେ ରକ୍ତ ବାହାରିବା, କ୍ଷୟ ରୋଗ ବା ଅନ୍ୟ ଶ୍ୱାସ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର	☐	☐
(vii) ରକ୍ତ ହ୍ରାସ, ରକ୍ତ ବା ରକ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର । ମାଂସପେଶୀ ଓ ଅସ୍ଥି ସମ୍ବନ୍ଧିତ ବିକାର ଯେପରି ଗଣ୍ଠିବାତ, ବାରମ୍ବାର ହେଉଥିବା ପିଠି ଦରଜ, ସ୍ଲିପ୍ ଡିସ୍କ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ସ୍ପାଇନ୍, ଜୋଡ ବା ଅଙ୍ଗ ବିକାର ବା କୋଷ୍ଠ ରୋଗ	☐	☐
(viii) କଣ ଆପଣ ବା ଆପଣଙ୍କ ଜୀବନସାଥୀ କେବେ ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, ଏଚ୍‌ଆଇଭି/ଏଡ୍‌ସ ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଯୌନ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ପାଇଁ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷଣ କରିଛନ୍ତି ?	☐	☐
(ix) ଛାତିରେ ଦରଜ, ପଲପିଟେଶନ୍, ରୁ୍ୟମେଟିକ୍ ଜ୍ୱର, ହାର୍ଟ ମର୍ମର, ହୃଦ୍‌ଘାତ, ନିଃଶ୍ୱାସ ନେବାରେ ଅସୁବିଧା ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ହୃଦୟ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ରୋଗ	☐	☐
(x) କିଡ୍‌ନୀ, ପ୍ରୋଷ୍ଟେଟ୍, ହାଇଡ୍ରୋସେଲ୍, ମୂତ୍ର ପ୍ରଣାଳୀ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଲକ୍ଷଣ/ରୋଗ	☐	☐
(xi) ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରିଟିସ୍, ଷ୍ଟୋମାକ୍ ବା ଡ୍ୟୁଡେନାଲ୍ ଅଲସର, ହାର୍ଣ୍ଣିଆ, ଯକୃତ ରୋଗ, ଜଣ୍ଡିସ୍, ହେପାଟାଇଟିସ୍, ଫିଷ୍ଟୁଲା, ପାଇଲ୍‌ସ ବା ଅନ୍ୟ ରୋଗ ବା ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋ-ଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ସିଷ୍ଟମ୍‌ର ବିକାର	☐	☐
(xii) ଥାଇରଏଡ୍ ବିକାର ବା ଅନ୍ତଃସ୍ରାବୀ ପ୍ରଣାଳୀ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ରୋଗ ବା ବିକାର, ଉଚ୍ଚ କୋଲେଷ୍ଟ୍ରଲ୍/ହାଇପରଲିପିଡୋମିଆ	☐	☐
(xiii) କଣ ଆପଣ ନମ୍ବୋକ୍ତ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସି ଦେଇ ଗତି କରିଛନ୍ତି/ବା ଆପଣଙ୍କୁ ଏହା ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ କରାଯାଇଛି ? ଏଞ୍ଜିଓପ୍ଲାଷ୍ଟି, ବାଇପାସ୍ ସର୍ଜରୀ, ମସ୍ତିଷ୍କ ଶଲ୍ୟକ୍ରିୟା, ହାର୍ଟ ଭଲ୍‌ଭ ସର୍ଜରୀ, ଏଓର୍ଟା ସର୍ଜରୀ ବା ଅଙ୍ଗ ପ୍ରତ୍ୟାରୋପଣ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ସର୍ଜରୀ ବା ଚିକିତ୍ସା	☐	☐
g) କୌଣସି ଅନଦ୍ୟ ବିକାର ବା ଦୁର୍ବଳତା ଯାହା ଉପରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ହୋଇ ନାହିଁ	☐	☐
4. ଯଦି ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ (ଆପଣ) ଜଣେ ମହିଳା ନିମ୍ନୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଆବଶ୍ୟକ:	☐	☐
a) କଣ ଆପଣ କେବେ ମହିଳା ରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସମସ୍ୟାରେ ପୀଡିତ ଅଟନ୍ତି/ହେଉଛନ୍ତି ?	☐	☐
b) i) କଣ ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ଗର୍ଭବତୀ ଅଟନ୍ତି ? ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଅବଧିକୁ ସପ୍ତାହରେ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ _____	☐	☐
ii) କୌଣସି ଜଟିଳତା, ଗର୍ଭପାତ, ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ବା ସିଜରିଆନ୍‌ର ମେଡିକାଲ୍ ଟର୍ମିନେଶନ୍, ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ		
c) କଣ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ପାଇଁ ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷଣ ବା ଉପଚାର ସହିତ କରାଇଛନ୍ତି ବା ଆପଣ ଚିକିତ୍ସା ସମ୍ପର୍କିତ ପରାମର୍ଶ ପାଇଛନ୍ତି ବା ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ପରାମର୍ଶ ନେଇଛନ୍ତି ?	☐	☐
i) ଗର୍ଭାଶୟ ଗ୍ରୀବା(ସର୍ଭିକ୍ସ), ଗର୍ଭାଶୟ, ଡିମ୍ବାଶୟ ବା ଯୋନିର କୌଣସି ରୋଗ ବା ବିକାର, ଅସାମାନ୍ୟ ରକ୍ତ ସ୍ରାବ, କ୍ୟାନସର ବା ଅସ୍ୱାଭାବିକ ବିକାଶ ?	☐	☐
ii) ସ୍ତନ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ରୋଗ ବା ବିକାର ଯେପରି ବ୍ରେଷ୍ଟ ଲମ୍ପ, ସିଷ୍ଟ, ଫାଇବ୍ରୋସିଷ୍ଟିକ୍ ରୋଗ, ନିପଲ୍ ପରିବର୍ତ୍ତନ ବା ପ୍ରବାହ କ୍ୟାନସର ବା ବିକାଶ ?	☐	☐
iii) କଣ ଆପଣ କେବେ ମେମୋଗ୍ରାମ୍ ବା ପେପସ୍ମିଅର ପରୀକ୍ଷଣ କରାଇଛନ୍ତି ?	☐	☐

ସ୍ୱୀକାରୋକ୍ତି ଚିରକୁଟ୍

ଏହା ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ପତ୍ର ପାଇଁ ଆବେଦନର ପ୍ରାପ୍ତି ସ୍ୱୀକୃତି ନିମେନ୍ତ ଅଟେ ।

ପଲିସୀ ନମ୍ବର: _____

ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y

ପ୍ରାପ୍ତକାରୀ: _____

ମୋହର
ଓ
ସମୟ

5. ଯଦି ପ୍ରଶ୍ନ ସଂଖ୍ୟା 3 ବା 4 ର ଉତ୍ତର ହଁ ଅଟେ, ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

ରୋଗ/ଯାଞ୍ଚର ପ୍ରକାର: _____

ରୋଗ ପରିଚୟ/ଯାଞ୍ଚ ତାରିଖ: _____

ଉପଚାର/ଯାଞ୍ଚ ପରିଣାମର ଅବଧି: _____

ଚିକିତ୍ସକ/ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ର ନାମ: _____

ଅବକାଶ ଅବଧି ଓ ତାରିଖ: _____

ଛୁଟି ନେବାର କାରଣ (ବେମାରୀ, ରୋଗ, କ୍ଷତ):

6. କଣ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଟି ସେବନ କରନ୍ତି/କରିଛନ୍ତି ?

ସେବନ କରାଯାଇଥିବା ପଦାର୍ଥ	ହଁ	ନା	ଉପଯୋଗ ରୂପେ	ପରିମାଣ/ଦିନ	କେତେ ବର୍ଷ ଠାରୁ
ତମ୍ବାଖୁ			ସିଗାର୍/ସିଗାରେଟ୍/ବିଡି/ଗୁଟଖା		
ମଦ			ବିଅର୍/ୱାଇନ୍/ହାର୍ଡ ଲିକର୍		
କୌଣସି ନିଶା					

7. ବୀମା ପଲିସୀ ଜାରି ହେବା ତାରିଖରୁ/ପଲିସୀ ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ତାରିଖରୁ କଣ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ ନିଜର ବ୍ୟବସାୟ/ବାସସ୍ଥାନ/ବୃତ୍ତି ବଦଳାଇ ଦେଇଛନ୍ତି ? ହଁ ☐ ନା ☐

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 ସଂଯୁକ୍ତ ଅଟେ ? ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

8. ଏହି ପଲିସୀର ପ୍ରସ୍ତାବ/ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ତାରିଖ ପରେ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ କୌଣସି ବୀମା ପଲିସୀ ପାଇଁ ଅନ୍ୟ ପ୍ରସ୍ତାବ/ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ଆବେଦନ (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 ବର୍ଷ/ ପୁନଃ ପ୍ରବର୍ତ୍ତନର ଆବେଦନ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)
			ହଁ	ନା					

*ଯଦି ଜାଗା ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ଅଟେ ତେବେ ଏପରି ସ୍ଥିତିରେ ଦୟାକରି ଭିନ୍ନ ଏକ ପତ୍ର 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 ପଚରାଯାଇଥିବା 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 ବିବୃତି 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 ଥିବା 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 ଏତଦ୍ୱାରା ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷଣ ମାଧ୍ୟମରେ 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 ଆବେଦନକୁ 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/ବ୍ୟବସାୟର ଭାଗୀଦାର/ଚିକିତ୍ସକ/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, ତାକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି/କରୁଛୁ । ମୋ/ଆମ ବିଷୟରେ ସୂଚନା, ମୋତେ/ଆମକୁ କୌଣସି ଉତ୍ପାଦ ବା ସେବା ସମ୍ବନ୍ଧିତ ପ୍ରମୋଶନାଲ୍ ସାମଗ୍ରୀ ପ୍ରଦାନ କରିବା/ପ୍ରସ୍ତାବିତ କରିବା ପାଇଁ ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କୋ. ଲିଃ ଦ୍ୱାରା ସଂଗୃହୀତ ଏବଂ ପ୍ରୟୋଗ କରାଯାଇପାରେ । ମୁଁ/ଆମେ ଏତଦ୍ୱାରା ସହମତ ଅଟେ/ଅଟୁ କି ମାର୍ଗଦର୍ଶିକାରେ ପ୍ରକାଶିତ ଅନୁସାରେ ଏବଂ ଉତ୍ପାଦ ପ୍ରକାର ଅନୁସାରେ ଲାଗୁ ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ପଲିସୀର ନବୀକରଣ ପରେ ଲାଗୁ ହେବ । ମୁଁ/ଆମେ ଏହା ବି ବୁଝେ/ବୁଝୁ କି ପଲିସୀ ଅନ୍ତର୍ଗତ ଦେୟ ପ୍ରିମିଅମ ଏବଂ ଲାଭ ସହିତ ଲାଗୁ ସର୍ତ୍ତ ଓ ନିୟମାବଳୀ ଆଇନ୍ ଅନୁସାରେ ପରିବର୍ତ୍ତନର ଅଧୀନ ଅଟେ । ଏହି ଫର୍ମ ମୋର/ଆମର ଜୀବନ/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସୀ ଅନୁବନ୍ଧର ଏକ ଅଂଶ ହେବ ।

ତାରିଖ D D M M Y Y Y Y

ସ୍ଥାନ _____

ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ ଚିହ୍ନ

ପଲିସୀ ଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ ଚିହ୍ନ
(ଯଦି ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଠାରୁ ଭିନ୍ନ ଅଟନ୍ତି)

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

ସାକ୍ଷୀ/ଫର୍ମ ପୂରଣକାରୀ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ _____ (ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ବନ୍ଧ) _____

ତାରିଖ D D M M Y Y Y Y

ସ୍ଥାନ _____

ସାକ୍ଷୀ/ଫର୍ମ ପୂରଣକାରୀ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ

ମାତୃଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରୁଥିବା ଜୀବନ
ବୀମାଧାରକ/ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ଟିପ ଚିହ୍ନ

ଦୟାକରି ଆମର ଗ୍ରାହକ ସେବା ନମ୍ବର 1860-226-7766 ରେ କଲ୍ କରନ୍ତୁ (ଲୋକାଲ୍ ଚାର୍ଜେସ୍ ଲାଗୁ)

କଲ୍ ସେଣ୍ଟର ସମୟ: ସକାଳ 9.00 ରୁ ରାତି 9.00 ଘଟିକା ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର (କେବଳ ଜାତୀୟ ଛୁଟିଦିବସ ବ୍ୟତୀତ)

ICICI PRUDENTIAL
LIFE INSURANCE

ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା

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