ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆ ಪತ್ರ

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕ ಸೂತ್ರಗಳು:

- ವಿಮೆ ಅತ್ಯಂತ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ,ಪ್ರಪೋಸರ್ ಮೇಲಿನ ವಿಶ್ವಾಸದೊಂದಿಗೆ ಮತ್ತು ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡವರು ಈ ಫಾರ್ಮನಲ್ಲಿ ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ (ಪ್ರಮುಖ) ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವರೆಂದು ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಒಪ್ಪಂದವಾಗಿದೆ.
- ಪಾಲಿಸಿ ನವೀಕರಣ/ಹೆಲ್ತ್ ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂಅರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ/ಲೈಫ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ/ಲೈಫ್ ಟು ಬಿ ಅಶ್ಯೂಅರ್ಡ್ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ನಿರ್ಧಾರದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಅಥವಾ ಕಂಪನಿಯು ಪೂರ್ತಿ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಅಥವಾ ಅನ್ವಯಿಸುವ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.
- ಈ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯ ಸಿಂಧುತ್ವ ಮೂರು ತಿಂಗಳದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ.
- ಸಮ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಡ್/ರೈಡರ್ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ/ವಿಮೆ ಪಡೆದವರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಉತ್ಪನ್ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿ ದಸ್ತಾವೇಜವನ್ನು ನೋಡಿ.

ಪಾಲಿಸಿ ನಂ.: .... **ದಿನಾಂಕ:** DD/MM/YYYY

ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡವರ ಹೆಸರು: ....
(ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ಯಕ್ತಿ) ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಮಧ್ಯದ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು

ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ ಹೆಸರು: ....
ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಮಧ್ಯದ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು

ವಿಳಾಸ ....

....

....

ನಗರ........ ರಾಜ್ಯ........ ದೇಶ .... ಪಿನ್‌ಕೋಡ್........

ದೂರವಾಣಿ ಎಸ್‌ಟಿಡಿ ಕೋಡ್‌ನೊಂದಿಗೆ .... **ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ** ....

ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ ....

ಪಾಲಿಸಿ ಆರಂಭವಾದ ದಿನಾಂಕ: DD/MM/YYYY **ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ** (ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಾಗಿ): DD/MM/YYYY

ನಾನು, ಈ ಮೂಲಕ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇನೆ (ಒಂದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಗುರುತು ಹಾಕಿ):

- ☐ ಪಾಲಿಸಿ ನವೀಕರಣ(ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್ಸ್‌ಗಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ)
- ☐ ನನ್ನ ಹೆಲ್ತ್/ರೈಡರ್ ಸಮ್ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್‌ನ್ನು ಅನ್ನು ₹________ ದಿಂದ ₹________ ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಿ(ಆಯ್ದ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಅನುಮತಿ)
- ☐ ರೈಡರ್‌ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ(ಆಯ್ದ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಳಿಗಾಗಿ ಅನುಮತಿ)
- ☐ ಲೈಫ್/ಲೈವ್ಸ್ ಟು ಬಿ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ(ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್‌ನಲ್ಲಿ)

1. ಲೈಫ್/ಲೈವ್ಸ್ ಟು ಬಿ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್‌ರ ವಿವರಗಳು (ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಲೈಫ್ ಟು ಬಿ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಇದನ್ನು ತುಂಬಿಸಬೇಕು)

	ಸಂಗಾತಿ	ಮಗು 1	ಮಗು 2	ಮಗು 3
ಎ) ಹೆಸರು				
ಬಿ) ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
ಸಿ) ಲಿಂಗ	☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ	☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ	☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ	☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ
ಡಿ) ಮದುವೆಯ ಅಂತಸ್ತು				
ಇ) ಭಾರತೀಯ	☐ ಭಾರತೀಯ ☐ ಭಾರತೀಯನಲ್ಲ	☐ ಭಾರತೀಯ ☐ ಭಾರತೀಯನಲ್ಲ	☐ ಭಾರತೀಯ ☐ ಭಾರತೀಯನಲ್ಲ	☐ ಭಾರತೀಯ ☐ ಭಾರತೀಯನಲ್ಲ
ಎಫ್) ನಿವಾಸದ ಅಂತಸ್ತು	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N
ಜಿ) ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆ				
ಎಚ್) ಶಿಕ್ಷಣ:				
ಐ) ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ				
ಜೆ) ಉದ್ಯೋಗ				
ಕೆ) ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕಾರ				
ಎಲ್) ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು				
ಎಮ್) ಪ್ರಸ್ತುತ ನೌಕರಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ವರ್ಷಗಳು				
ಎನ್) ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ				

ಡಿ) ಮದುವೆಯ ಅಂತಸ್ತು: **U-** ಅವಿವಾಹಿತ; **M-** ವಿವಾಹಿತ; **W-** ವಿಧುರ; **D-** ವಿಚ್ಛೇದಿತ

ಎಫ್) **I-** ನಿವಾಸಿ ಭಾರತೀಯ; **N-** ಅನಿವಾಸಿ ಭಾರತೀಯ

ಜಿ) ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ - **PSPT**; ಡ್ರೈವಿಂಗ್ ಲೈಸನ್ಸ್ - **DL**; ಸ್ಕೂಲ್/ಕಾಲೇಜ್ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್ - **SC**; ಇತರ – ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ.

ಎಚ್) ಅಶಿಕ್ಷಿತ - **UEDU**; 10ನೇ ಇಯತ್ತೆಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ - **<SSC**; 10th - **SSC**; 12ನೇ - **HSC**; ಪದವಿಧರ - **GRAD**; ಸ್ನಾತಕೊತ್ತರ - **PGD**; ಡಿಪ್ಲೊಮಾ - **DIP**

ಐ) ಮ್ಯಾನೇಜರ್ - **M**; ಚಾರ್ಟರ್ಡ್ ಅಕೌಂಟಂಟ್ - **C**; ಡಾಕ್ಟರ್ - **D**; ಇಂಜಿನಿಯರ್ - **E**; ಎಡ್ವೊಕೇಟ್ - **L**; ಇತರ (ತಿಳಿಸಿ)

ಜೆ) ಸ್ಯಾಲರೀಡ್ - **SP**; ಬಿಜನೆಸ್ - **BSEM**; ಪ್ರೊಫೆಶನ್ - **PROF**; ಸ್ಟುಡಂಟ್ - **STDN**; ಹೌಸ್‌ವೈಫ್ - **HSWF**; ನಿವೃತ್ತ ಅಥವಾ ಪೆನ್ಷನ್‌ದಾರರು - **RETD**; ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ - **SELF**; ಕೃಷಿಕ - **AGRI**; ಇತರ - **OT**;

ಕೆ) ಎಮ್‌ಎನ್‌ಸಿ; ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನಿ.; ಖಾಸಗಿ ನಿ; ಪಾಲುದಾರ ಅಥವಾ ಮಾಲಿಕರು; ಸರಕಾರ; ಟ್ರಸ್ಟ್; ಇತರ(ಹೇಳಿ)

2. ಸೇರಿಸಬೇಕಾದ ರೈಡರ್ಸ್ ವಿವರ

ರೈಡರ್ ಹೆಸರು	ಅವಧಿ (ವರ್ಷಗಳು)	ಸಮ್ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್ (₹)	ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ (₹)

3. ಲೈಫ್/ಲೈವ್ಸ್ ಟು ಬಿ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್‌ಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರ

*ಸಿಂಗಲ್ ಲೈಫ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್ಸ್‌ಗಾಗಿ, ಪ್ರೈಮರಿ ಲೈಫ್‌ಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ ವಿವರಗಳನ್ನು ತುಂಬಿಸಿ. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್‌ಗಾಗಿ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ.

	ಪ್ರೈಮರಿ ಲೈಫ್	ಸಂಗಾತಿ	ಮಗು 1	ಮಗು 2	ಮಗು 3
ಎ. ಎತ್ತರ(ಸೆಂ.ಮಿ)	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐
ಬಿ. ತೂಕ(ಕೆಜಿ)	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐

(ಪ್ರೈಮರಿ ಲೈಫ್ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗು 1 / ಮಗು 2 / ಮಗು 3 — ಪ್ರತಿಯೊಂದಕ್ಕೂ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐)

ಸಿ) ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ವಿವರಗಳು

i) ನಿಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯಗಳು (ಉದಾ; ರಾಸಾಯನಿಕ ಫ್ಯಾಕ್ಟರಿ, ಗಣಿಗಾರಿಕೆ, ಸ್ಫೋಟಕಗಳು, ವಿಕಿರಣ, ಸವೆತದ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು, ಎತ್ತರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ, ಆಳಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುವುದು) ಇರುತ್ತವೆಯೆ?
ii) ನಿಮ್ಮ ನೌಕರಿ ಸಶಸ್ತ್ರ ಅರೆ ಸೈನಿಕ ಅಥವಾ ಪೋಲೀಸ್ ದಳದಲ್ಲಿ ಇದೆಯೆ?
iii) ನೀವು ಯಾವುದೇ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾದ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರಾ?
iv) ನೀವು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ತಂಬಾಕು, ಆಲ್ಕೊಹಾಲ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾದಕ ದ್ರವ್ಯಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಈಗ ಸೇವಿಸುತ್ತಿರುವಿರಾ? (ಹೌದೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯಲ್ಲಿ ದಿನದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಸೇವನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡ ವರ್ಷಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ)

ಡಿ) ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರಗಳು

i) ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಜನ್ಮಜಾತ ವ್ಯತ್ಯಯ/ಅಸಾಮಾನ್ಯತೆಗಳು ಇವೆಯೆ?
ii) ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿಕಾರ/ವೈಕಲ್ಯತೆ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ತಿರುಗಾಡುವಾಗ ನೀವು ಯಾವುದೇ ತಾಂತ್ರಿಕ/ದೈಹಿಕ ಸಹಾಯಕ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತೀರಾ?
iii) ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಘಾಸಿಗಾಗಿ 2 ದಿನ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲೆಗೊಂಡಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ನಿರಂತರವಾಗಿ 7 ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ದಿನಗಳವರೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ವಿಧಿ ವಿಧಾನಗಳು ಅಥವಾ ರೋಗ ತಪಾಸಣೆ (ಮೆಮೊಗ್ರಾಮ್ ಅಥವಾ ಪಿಎಪಿ ಸ್ಮೀಯರ್ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಅಥವಾ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಣೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗೊಂಡಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಶನ್ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೆ?
iv) ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗಡ್ಡೆ, ಸಿಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಬಾಧೆಯ ನೆನಪಿದೆಯೆ ಅಥವಾ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದೆಯೆ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲೆಗೊಂಡಿದ್ದಿರಾ?
v) ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಒಷಧೋಪಚಾರಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಬಾಧೆ/ಘಾಸಿ/ಅಪಘಾತ.
vi) ಕಳೆದ 2 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ, ಕ್ರಮವಾಗಿ 2 ದಿವಸ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ರಜೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?

ಇ. ನೀವು ಯಾವತ್ತಾದರೂ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತೀದ್ದಿರಾ ಅಥವಾ ಬಳಲುತ್ತಿರುವಿರಾ?

ಎ) ಡೈಯಾಬಿಟಿಸ್/ಹೈ ಬ್ಲಡ್ ಶುಗರ್
ಬ) ಹೈ/ಲೊ ಬಿಪಿ (ಬ್ಲಡ್ ಪ್ರೆಶರ್)
ಸಿ) ದೃಷ್ಟಿಯ ಅಥವಾ ಮಾತಿನ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ಕೇಳಿಸುವಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ಕಿವಿ ಸೋರಿಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಗಂಟಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳು.
ಡಿ) ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ 10 ಕೆಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ನಿಮ್ಮ ತೂಕದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗಿದೆಯೆ?
ಇ) ಮಿದುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣ/ಬಾಧೆ ಮಾನಸಿಕ/ಮನಶ್ಯಾಸ್ತ್ರೀಯ ಬಾಧೆ, ಪಾರ್ಕಿನ್‌ಸನಿಜಮ್, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕೆಲ್ಲೊಸಿಸ್, ನರ್ವಸ್ ಸಿಸ್ಟೆಮ್, ಸ್ಟ್ರೋಕ್, ಪ್ಯಾರಾಲೈಸಿಸ್ ಅಥವಾ ಎಪಿಲೆಪ್ಸಿ,
ಎಫ್) ಅಸ್ಥಮಾ, ಬ್ರಾಂಕೆಟಿಸ್, ರಕ್ತ ಉಗುಳುವುದು, ಟ್ಯುಬರ್‌ಕುಲಾಸಿಸ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಉಸಿರಾಟದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು.
ಜಿ) ರಕ್ತಹೀನತೆ, ರಕ್ತ ಅಥವಾ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿ ತೊಂದರೆಗಳು.
ಎಚ್) ಆರ್ಥೈಟಿಸ್‌ನಂಥ ಮಸ್ಕ್ಯುಲೊಸ್ಕೆಲಿಟಲ್ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು, ಆಗಾಗ ಬರುವ ಬೆನ್ನುನೋವು, ಸ್ಲಿಪ್ಡ್ ಡಿಸ್ಕ್ ಅಥವಾ ಬೆನ್ನೆಲುಬಿನ, ಸಂದುಗಳ ಅಥವಾ ಅಂಗಾಂಗಗಳ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಥವಾ ಲೆಪ್ರಸಿ.
ಐ) ನಿಮ್ಮನ್ನು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತೆ?
ಜೆ) ಎದೆ ನೋವು, ಹೃದಯ ಡವಗುಟ್ಟುವುದು, ರೂಮ್ಯಾಟಿಕ್ ಜ್ವರ, ಹೃದಯ ಶಬ್ದ ಮಾಡುವುದು, ಹೃದಯಾಘಾತ, ಉಸಿರುಗಟ್ಟುವುದು ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು.
ಕೆ) ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರಾಶಯ, ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್, ವೃಷಣ, ಅಂಡಾಶಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು/ಬಾಧೆ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳು.
ಎಲ್) ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಟಿಸ್, ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಡ್ಯುವೊಡಿನಲ್ ಅಲ್ಸರ್, ಹಿಮಿಯಾ, ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕಾಮಾಲೆ, ಫಿಸ್ತುಲಾ, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರೊ ಇಂಟೆಸ್ಟಿನಲ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ.
ಎಮ್) ಥೈರಾಯಿಡ್ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಥವಾ ಎಂಡೊಕ್ರಿನ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ.
ಎನ್) ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸದಿರುವ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವೈಕಲ್ಯತೆ.

ಎಫ್. ಸ್ತ್ರೀ ವಿಮಾಧಾರಕರಿಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ (ಅನ್ವಯಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೊಡೆದು ಹಾಕಿ)

i) ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಸ್ತ್ರಿ ರೋಗ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಿರಾ/ಬಳಲುತ್ತಿರುವಿರಾ?
ii) ಸಧ್ಯ ನೀವು ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿರುವಿರಾ? ಹೌದೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಆ ಅವಧಿಯನ್ನು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹೇಳಿ.
iii) ಯಾವುದೇ ಜಟಿಲತೆಗಳು, ಗರ್ಭಪಾತ, ಮೆಡಿಕಲ್ ಟರ್ಮಿನೇಶನ್ ಆಫ್ ಪ್ರಿಗ್ನನ್ಸಿ ಅಥವಾ ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಉಂಟಾಗಿದೆಯೆ?
iv) ನೀವು ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಗಾಗಿ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ತಪಾಸಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಫಿಜಿಸೀಯನ್ ಬಳಿ ಹೋಗಿರುವಿರಾ:
ಎ. ಗರ್ಭಕೊರಳಿನ, ಗರ್ಭದ, ಅಡಾಶಯದ(ಅಂಡಗಳ) ಅಥವಾ ಯೋನಿಯ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ವ್ಯತ್ಯಯ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಗಡ್ಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ?
ಬಿ. ಸ್ತನದ ಲಂಪ್/ಸಿಸ್ಟ್ ನಂಥ ಸ್ತನದ/ಸ್ತನಗಳ ಯಾವುದೆ ಕಾಯಿಲೆ, ಫಿಬ್ರೊಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಮೊಲೆತೊಟ್ಟು ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವುದು ಅಥವಾ ಅಲ್ಲಿಂದ ದ್ರವ ಹೊರಬರುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಗಡ್ಡೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ?

4. **ಮೇಲಿನ 3ಸಿ ನಿಂದ 3ಎಫ್‌ವರೆಗಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಉತ್ತರ ಹೌದು ಎಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:**

(i) ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು

(ii) ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ.

(iii) ಬಾಧೆಯ/ನಿಖರ ತಪಾಸಣೆಯ ಸ್ವರೂಪ

(iv) ತಪಾಸಣೆಯ ಪ್ರಥಮ ದಿನಾಂಕ

(v) ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳ (ಕಂಡು ಬಂದಿದ್ದು, ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ಅವಧಿ)

(vi) ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಅಥವಾ ಔಷಧಗಳ ಪಟ್ಟಿ

(vii) ಸಲಹೆಯ ಮುಂದಿನ ಯೋಜನೆ(ಇದ್ದಲ್ಲಿ)

5. **ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪಾಲಿಸಿ ಕೊಟ್ಟ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರ/ಕಳೆದ ನವೀಕರಣದ ನಂತರ ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ/ ವಾಸದಲ್ಲಿ/ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವರಾ?**

ಹೌದೆಂದಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಂಥ ಉದ್ಯೋಗಗಳು (ಉದಾ: ರಾಸಾಯನಿಕ ಫ್ಯಾಕ್ಟರಿ, ಗಣಿ ಉದ್ಯೋಗ, ಸ್ಫೋಟಕ ಉದ್ಯಮ, ವಿಕಿರಣ, ಸವೆತ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ) ಯಾವುದಾದರೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯ/ರಿಸ್ಕ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆಯೆ.

ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಣೆ ಕೊಡಿ: ....

6. **ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಪೋಸಲ್/ಕಳೆದ ನವೀಕರಣದ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರ, ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯವರ ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯುರ್ಡ್ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಗಾಗಿರುವ ಇತರ ಪ್ರಪೋಸಲ್/ನವೀಕರಣ(ಇದ್ದಲ್ಲಿ) ಅರ್ಜಿಯ ಅಂತಸ್ತು ಏನಾಗಿರುವುದು?**

ಪಾಲಿಸಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಸಂ.	ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ಕೊಟ್ಟ/ ಅರ್ಜಿಯ ವರ್ಷ	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲಿಸಿ		ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ (₹)	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪ್ಲ್ಯಾನ್ – ಡಿಸಿಜನ್ (₹)	(ಸ್ಟ್ಯಾ./ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರಾ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ/ ಪೋಸ್ಟ್‌ಪೋನ್ಡ್/ ಡಿಕ್ಲೈನ್ಡ್/ ನಾಟ್ ಕಂಪ್ಲೀಟೆಡ್)	ರೈಡರ್ಸ್ ಹಾಗೂ ಡಿಸಿಜನ್ ಹೆಸರುಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ(ಸ್ಟ್ಯಾ./ಎಕ್ಸ್‌ಟ್ರಾ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ/ ಪೋಸ್ಟ್‌ಪೋನ್ಡ್/ಡಿಕ್ಲೈನ್ಡ್/ ನಾಟ್ ಕಂಪ್ಲೀಟೆಡ್)	ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ/ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಆಗಿದೆ (ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಆದ/ನವೀಕರಣ ಅರ್ಜಿಯ ವರ್ಷ ತಿಳಿಸಿ)
			ಹೌದು	ಇಲ್ಲ					

- ಸ್ಥಳ ಸಾಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅನುಮತಿ

ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ (ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ' ಕಂಪನಿ' ಎಂದು ಸಂಬೋಧಿಸಲಾಗುವುದು) ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನ ಸಲಹೆಗಾರರಿಂದ ವಿವರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ನಂತರ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮನಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದೇನೆ/ವೆ ಮತ್ತು ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವಾಗ ಎಲ್ಲ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವುದರ ಮಹತ್ವ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡು ಇತರ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆಂದು ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ನಾನು/ನಾವು ಕೊಟ್ಟ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರಿಗೆ ವಿಮೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಕೊಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿ ಎಲ್ಲ ವಿಧದಲ್ಲಿಯೂ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಯಾವುದೇ ಮಹತ್ವದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿ ಇಟ್ಟಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಮಹತ್ವದ ಸತ್ಯ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ತಡೆ ಹಿಡಿದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ನಾನು/ನಾವು ವಿಮೆಯ ಸಲಹೆಗಾರರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರು ಅಥವಾ ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದವರಿಗೆ ಅರ್ಜಿಯ ಹೇಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮೆ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಗತಿಯಲ್ಲಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಈ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಅನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚೆ ಅವನ/ಅವರ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ ಎಂದು ವಾಗ್ದಾನ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಹೇಳಿಕೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಮಹತ್ವದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಚ್ಚಿಟ್ಟಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಾದ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ತಿಳಿಸದಿದ್ದಾಗ ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯ ಕ್ಲೇಮನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಜಾಲಿ/ಅಕ್ರಮ ದಸ್ತಾವೇಜಗಳ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಪುರಾವೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿಯು ಅನೂರ್ಜಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮನೊಂದಿಗೆ ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಕೊಟ್ಟ ಕಂಪನಿಯು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಲಾಭಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು/ನಾವು ಓದಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆಂದು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಇದರ ನಿಯಮ ಹಾಗೂ ಷರತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕಾದ ಲಾಭಗಳು ಆಯಾ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಕಾಯ್ದೆಗಳನುಸಾರವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ಕೂಡ ನಾನು/ನಾವು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ/ವೆ. ಎಲ್ಲ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ಗಳನ್ನು ಸಕ್ರಮ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ.

ಕಂಪನಿಯು ನನ್ನ ಜೀವ ವಿಮೆಯ ಪ್ರಪೋಸಲ್‌ನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವ, ನಿರಾಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಪರ್ಯಾಯ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ತದನಂತರ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಗಳ ಮೌಲ್ಯಾಂಕನ ಮಾಡಲು ನಾನು ನನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಇಂದಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತ/ಬಿಜನೆಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಟ್ಸ್/ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೂಲ/ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಮತ್ತು ನಾನ್–ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ ಅಥವಾ ಸಂಘಟನೆ ಅಥವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರನ್ಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಶನ್ಸ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ರಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್‌ಗೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಮತ್ತು ನಾನ್–ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ಅಥವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಶನ್ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಜಿಸ್ಟರ್‌ಗೆ ಇಂಥ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಮತ್ತು ನೌಕರಿಯ/ವ್ಯಾಪಾರದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಸಮಂಜಸವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾದ ಇತರ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಈ ಮೂಲಕ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಕಂಪನಿ ಇದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ, ಈ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿ ಕಾಂಟ್ರ್ಯಾಕ್ಟನ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವ್ಯಕ್ತಿ	ಸಂಗಾತಿ	ಮಗು 1	ಮಗು 2	ಮಗು 3	ಪ್ರಪೋಸರ್ (ವಿಮೆ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಿಂತ ಬೇರೆಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ)
____________	____________	____________	____________	____________	____________

ವಿಮೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು (ಅಂಥ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕವಿಲ್ಲ)

ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ ________________________________ (ವಿಮೆ ಪಡೆಯಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು ಕೊಟ್ಟಲ್ಲಿ ಸಲಹೆಗಾರರು ಇವರ ಸಾಕ್ಷಿದಾರರಾಗಬೇಕು)

ದಿನಾಂಕ: DD/MM/YYYY .... ಸ್ಥಳ: ....

ಪಡೆದ ರಸೀದಿ

ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಪಡೆದ ರಸಿದಿ ಇದಾಗಿದೆ

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: .... **ದಿನಾಂಕ:** DD/MM/YYYY ....

ಪಡೆದವರು: ....

ಮೊಹರು
ಮತ್ತು
ಸಮಯ

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅನುಮತಿ

ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಆ್ಯಕ್ಟ್ 1938 ಪರಿಚ್ಛೇದ 41(1938 ರ 4): (1) ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್‌ಗಳು ಅಥವಾ ವಿಮೆ ಕೊಡುವವರ ಕೋಷ್ಟಕದ ಪ್ರಕಾರ ಅನುಮತಿ ನೀಡಿದ ರಿಬೇಟ್‌ನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ತೋರಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ದ ಯಾವುದೇ ರಿಬೇಟ್ ಅಥವಾ ಕೊಡಬೇಕಾದ ಕಮೀಶನ್ನಿನ ಪೂರ್ತಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಭಾಗದ ಯಾವುದೇ ರಿಬೇಟ್‌ನ್ನು, ಭಾರತದಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ತಿ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ತರಹದ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಒಂದು ಪ್ರೇರಕದಂತೆ ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷವಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿಯಾಗಲಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಮತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿ ನೀಡುವಂತಿಲ್ಲ: ಒಂದು ವೇಳೆ ಅಂಥ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತನ್ನ ಸ್ವಂತ ಜೀವದ ಮೇಲೆ ತಾನೇ ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಮೀಶನ್‌ನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಲ್ಲಿ, ಒಂದು ವೇಳೆ ಆತ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯೆಂದು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿರುವ ಉಪ–ಪರಿಚ್ಛೇದಗಳ ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅದು ಸಕ್ರಮವೆಂದೆನಿಸುತ್ತದೆ. (2) ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಈ ಪರಿಚ್ಛೇದದ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ಐದು ನೂರು ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ದಂಡದ ಶಿಕ್ಷೆಯನ್ನು ತೆರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಪರಿಚ್ಛೇದ 45 :ಈ ಅಧಿನಿಯಮ ಜಾರಿಯಾಗುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಪ್ರಭಾವಿ ಜೀವನ ವಿಮೆಯ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿ ಈ ಅಧಿನಿಯಮ ಜಾರಿಯಾಗುವ ದಿನಾಂಕಕ್ಕಿಂತ ಎರಡು ವರ್ಷ ಮುಗಿಯುವುದರೊಳಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಈ ಅಽನಿಯಮ ಜಾರಿಯಾದ ನಂತರ ಪ್ರಭಾವಿ ಜೀವ ವಿಮೆಯ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿ ಈ ಅಧಿನಿಯಮ ಜಾರಿಯಾಗಿ ಎರಡು ವರ್ಷ ಮುಗಿಯುವುದರೊಳಗಾಗಿ ವಿಮೆ ಕೊಟ್ಟವರಿಂದ ವಿಮೆಯ ಪ್ರಪೊಸಲ್‌ನಲ್ಲಿಕೊಟ್ಟ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಅಧಿಕಾರಿ ಅಥವಾ ರೆಫರಿ ಅಥವಾ ವಿಮೆ ಇಳಿಸಿಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಿತ್ರನ ಯಾವುದೇ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿಷಯವಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಎತ್ತಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ , ಇದರ ಫಲಸ್ವರೂಪವಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕೊಡಲಾದ, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ದಸ್ತಾವೇಜದಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿ ತಪ್ಪಾಗಿತ್ತು ಅಥವಾ ಅಸತ್ಯವಾಗಿತ್ತು, ಆದರೆ ವಿಮೆ ಕೊಟ್ಟವರು ಆ ಮಾಹಿತಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿತ್ತೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದರು ಅಥವಾ ಮುಚ್ಚಿಡಲಾದ ವಿಷಯ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದು ಗೊತ್ತಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಇದನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಮಾಡಿದ್ದರು ಮತ್ತು ಈ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡುವಾಗ ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರಿಗೆ ಅದು ತಪ್ಪಾದ ಮಾಹಿತಿಯೆಂದು ಗೊತ್ತಿತ್ತು ಮತ್ತು ತಾವು ಬಚ್ಚಿಟ್ಟ ವಿಷಯವನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹುವುದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾಗಿತ್ತೆಂದು ಅವರಿಗೆ ಗೊತ್ತಿತ್ತು. ಇಲ್ಲಿಯ ಯಾವುದೇ ವಿಭಾಗವು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಕೊಟ್ಟವರು(ಕಂಪನಿ) ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಕೇಳಬಹುದಾದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಯ ಷರತ್ತುಗಳು ಪ್ರಪೋಸಲ್‌ನಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಹೊಂದಿದವರ ವಯಸ್ಸು ತಪ್ಪು ಆಗಿತ್ತೆಂದು, ನಂತರದ ಪುರಾವೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತೆನ್ನುವ ಕಾರಣದಿಂದ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಎತ್ತಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಘೋಷಣೆ

ಪ್ರಪೋಸರ್ ಅಶಿಕ್ಷಿತರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಅವರ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಇದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಅವರು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. (ಸೂಚನೆ: ಕಂಪನಿಯ ಸಲಹೆಗಾರ /ಪ್ರತಿನಿಧಿ /ಸಿಬ್ಬಂಧಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೊಬ್ಬರು ಕೆಳಗಿನದನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಬೇಕು)

ಈ ಫಾರ್ಮಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಅದನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಫಾರ್ಮನ್ನು ತುಂಬಿಸಲಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕೂಡ ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

______________________ ಇವರ ಮಗ/ಮಗಳಾದ ನಾನು (ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೆಸರು) ______________________ ವರ್ಷದ ವಯಸ್ಕನಾಗಿದ್ದು ______________________ನಿವಾಸಿ ಮತ್ತು ______________________ದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಅವರ ______________________ (ಪ್ರಪೋಸರ್‌ರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ)ಆಗಿದ್ದುಕೊಂಡು ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು ಈ ಫಾರ್ಮಿನ ಮತ್ತು ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಶಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಪಡೆದ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ಇತರ ದಸ್ತಾವೇಜಗಳ ವಿಷಯವನ್ನು ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಮೇ. ______________________ಅವರಿಗೆ ಓದಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆಂದು ಮತ್ತು ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಂದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಹಾಗೂ ಷರತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಕಟ್ಟಳೆಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಲು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟ ನನ್ನ ಹೇಳಿಕೆಯು ನನ್ನ ವಿವೇಕ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಯಂತೆ ಸತ್ಯವೂ ಸರಿಯಾಗಿಯೂ ಇರುವುದೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು ______________________ದಲ್ಲಿ ಸತ್ಯ ನಿಷ್ಠೆಯಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

______________________ (ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ)

______________________ (ಪ್ರಪೋಸರ್ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಗುರುತು)

ದಿನಾಂಕ:........DD/MM/YYYY........

ಸ್ಥಳ:..............................

ಕಚೇರಿಯ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ:

ಸ್ಪಾರ್ಕ್ ಕಾಲ್ ಐಡಿ ....

ದಿನಾಂಕ:........DD/MM/YYYY........

ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಕ್ಯಾಬಿನೆಟ್ ....

ಪಡೆದುಕೊಂಡವರು : ....

ಷರಾ: ....

ಮೊಹರು
ಮತ್ತು
ಸಮಯ

ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕ ರಹಿತ ನಂಬರಿಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ: 1-800-22-2020 ನಿಮ್ಮ ಎಮ್‌ಟಿಎನ್‌ಎಲ್ ಅಥವಾ ಬಿಎಸ್‌ಎನ್‌ಎಲ್ ಲೈನ್‌ಗಳಿಂದ ಕರೆ ಕೇಂದ್ರದ ಸಮಯ ಮುಂ.9.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 9.00 ರವರೆಗೆ. ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ (ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ರಜಾ ದಿನಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ)

ICICI PRUDENTIAL
LIFE INSURANCE

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ

ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಶಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ., ವಿನೋದ್ ಸಿಲ್ಕ್ ಮಿಲ್ಸ್ ಕಂಪೌಂಡ್, ಚಕ್ರವರ್ತಿ ಅಶೋಕ ನಗರ, ಅಶೋಕ ರೋಡ್, ಕಾಂದಿವಲಿ (ಪೂ), ಮುಂಬಯಿ - 400 101.