

**महत्वपूर्ण निर्देश :**

- स्वास्थ्य परीक्षण के अंतर्गत लाभ का दावा केवल चिकित्सकीय जाँच और रोग की पहचान के लिए किए गए परीक्षणों के लिए किया जा सकता है.
- सिर्फ पॉलिसी प्रलेखों में पॉलिसी की राशि पाने के लिए अधिकृत व्यक्ति को ही इस प्रपत्र को भरना और हस्ताक्षरित करना चाहिए.
- सकल लाभ निम्नलिखित सीमा के अधीन है :
  - हेल्थ सेवर के लिए : ₹ 50000 या वार्षिक सीमा का 1%, जो भी कम हो.
  - हॉस्पिटल केअर II के लिए : ₹ 4000, चाहे योजना कोई भी हो.
- कृपया ध्यान दें कि यह लाभ पहले पॉलिसी वर्ष के बाद हर दो पॉलिसी वर्षों में एक बार ही प्राप्त किया जा सकता है और पॉलिसी लागू रहने के अधीन होगा.
- कृपया नीचे वर्णित आवश्यक वस्तुओं के साथ इस प्रपत्र को जमा करें.
- यदि प्रपत्र में प्रदत्त जगह अपर्याप्त पाई जाती है तो आप अतिरिक्त कागज का प्रयोग करने के लिए स्वतंत्र हैं.
- इस प्रपत्र का कम्पनी को जमा किया जाना दायित्व की स्वीकृति नहीं समझा जाएगा.
- कम्पनी के पास अतिरिक्त प्रलेखों/आवश्यक वस्तुओं को मंगाने का अधिकार सुरक्षित है.

जमा किए जाने वाले प्रलेख
1. आईसीआईसीआई प्रू प्रारूप में पूर्ण रूप से भरा गया स्वास्थ्य परीक्षण प्रपत्र
2. सभी चिकित्सकीय जाँच प्रतिवेदनों की प्रति
3. भुगतान रसीद के साथ सभी मूल बिल

कृपया प्रपत्र और आवश्यकताओं को निकटतम आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स शाखा कार्यालय या इस पते पर जमा कराएँ :  
आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कं. लिमिटेड, बीएसईएल टेक, सी-विंग, प्रथम मंज़िल, वाशी, नवी मुंबई - 400703, महाराष्ट्र.

पॉलिसी क्रमांक  दिनांक

पॉलिसी का नाम

पॉलिसीधारक का नाम  श्री/सुश्री/श्रीमती  प्रथम नाम  मध्य नाम  उपनाम

पता

स्थल विह  पिन कोड

संपर्क के लिए नं.  एसटीडी  निवास  एसटीडी  कार्यालय  एक्स.  आईएसडी  मोबाइल

ई-मेल आईडी

क्या आप एक राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (दावेदार) हैं?  हाँ  नहीं

राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें विदेश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं, उदाहरण के तौर पर राज्य या सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ शासकीय/न्यायिक/सैन्य अधिकारी, राज्य स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कर्मचारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टियों के अधिकारी आदि, जिनमें उनके परिजन के साथ ही निकटतम संबंधी शामिल हैं. यदि इसे रिक्त छोड़ दिया जाता है तो पूर्व-निर्धारित मूल्य के रूप में 'नहीं' समझा जाएगा.

**चिकित्सकीय जाँच विवरण :**

पॉलिसीधारक का नाम	चिकित्सकीय जाँच की तिथि	चिकित्सकीय जाँच का विवरण	अस्पताल/केन्द्र का नाम जहाँ चिकित्सकीय जाँच की गई	चिकित्सकीय जाँच का उद्देश्य	राशि
	dd/mm/yyyy				
	dd/mm/yyyy				
	dd/mm/yyyy				
	dd/mm/yyyy				
	dd/mm/yyyy				
	dd/mm/yyyy				

राशि शब्दों में :  कुल राशि रु. में :   
संलग्न बिलों की संख्या :  संलग्न प्रतिवेदनों की संख्या :

पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर (यदि अवयस्क है तो प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

