



5. यदि प्रश्न क्रमांक 3 या 4 का जवाब हाँ है, तो कृपया निम्नांकित विवरण प्रदान करें -

बीमारी/जाँच की प्रकृति : \_\_\_\_\_  
 रोग पहचान/जाँच की तिथि : \_\_\_\_\_  
 उपचार/जाँच परिणाम की अवधि : \_\_\_\_\_  
 चिकित्सक/अस्पताल का नाम : \_\_\_\_\_  
 अवकाश की अवधि और तिथि : \_\_\_\_\_  
 छुट्टी लेने का कारण (बीमारी, रोग, चोट) : \_\_\_\_\_

6. क्या जीवन बीमित ने निम्न में से किसी का सेवन करता/किया है ?

सेवन किया गया पदार्थ	हाँ	नहीं	के रूप में प्रयुक्त किया	मात्रा/दिन	कितने वर्षों से
तम्बाकू			सिगार/सिगरेट/बीड़ी/गुटखा		
शराब			बीयर/वाइन/हार्ड लिक्वर		
कोई नशा					

7. विमा पॉलिसी जारी किए जाने की तिथि से/पॉलिसी के पुनःप्रवर्तन की तिथि से क्या जीवन बीमित ने अपना व्यवसाय/निवास/पेशा बदल दिया है ?

यदि हाँ, तो क्या व्यवसाय (यानी रसायन कारखाने, खदानें, विस्फोटक, विकिरण, संश्लेषण रसायन, इत्यादि) / पेशा (यानी विमानन, किराया देकर यात्रा करने वाले यात्री के अतिरिक्त, गोताखोरी, पर्वतारोहण, रेसिंग का कोई भी प्रकार, आदि) किसी विशेष आपदा/जोखिम से जुड़ा है? कृपया विवरण दें :  हाँ  नहीं

8. इस पॉलिसी के प्रस्ताव/पुनःप्रवर्तन की तिथि के बाद आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल या किसी अन्य बीमा कम्पनी के साथ जीवन बीमित व्यक्ति के जीवन पर किसी बीमा पॉलिसी के लिए अन्य प्रस्तावों/पुनःप्रवर्तन आवेदन (यदि कोई हो) की स्थिति क्या है ?

पॉलिसी या प्रस्ताव क्रमांक	कम्पनी नाम	जारी करने/ आवेदन का वर्ष	चिकित्सा पॉलिसी		वार्षिक प्रीमियम (₹)	आधार राशि (₹)	मूल योजना - निर्णय (मानक/ अतिरिक्त प्रीमियम के साथ/स्थगित/ अस्वीकृत/ पूर्ण नहीं)	राइडर्स और निर्णय (मानक/अतिरिक्त प्रीमियम के साथ/स्थगित/अस्वीकृत/पूर्ण नहीं) के नामों का उल्लेख करें	लागू/निरस्त (निरस्तीकरण (समाप्ति)/ पुनःप्रवर्तन के आवेदन का वर्ष)
			हाँ	नहीं					

\*यदि जगह अपर्याप्त है तो उस स्थिति में कृपया एक अलग पत्रक संलग्न करें.

घोषणा और अधिकरण

मैं/हम घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों को और इन प्रश्नों का जवाब देने के दौरान महत्वपूर्ण जानकारीयों के प्रकट करने के महत्व को पूर्णतः समझ चुका हूँ/चुके हैं. मैं/हम आगे भी यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए सभी प्रश्नों के जवाब और बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की स्वास्थ्य स्थिति और आदतों के बारे में कम्पनी के चिकित्सा परीक्षक को दी गई जानकारी हर संदर्भ में सत्य और पूर्ण है और यह कि मैंने/हमने कोई महत्वपूर्ण जानकारी या महत्वपूर्ण तथ्य नहीं छुपाए हैं. मैंने/हमने आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. के बीमा सलाहकार, चिकित्सा परीक्षक, या उससे जुड़े किसी अन्य व्यक्ति को ऐसा कोई बयान नहीं दिया है, जो इस आवेदन पर किसी भी तरह जवाब और विवरण को बदल देता हो. मैं/हम नवीनीकरण/राइडर को शामिल करने/ जीवन/स्वास्थ्य बीमाकृत राशि के लिए बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की स्वास्थ्य स्थिति में किसी परिवर्तन या इस प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के बाद और कम्पनी द्वारा जोखिम का स्वीकरण करने से पहले उसके/उनके व्यवसाय(यों) से संबंधित किसी भी परिवर्तन की सूचना कम्पनी को देने का उत्तरदायित्व लेता हूँ/लेते हैं.

मैं/हम इसके द्वारा बीमा किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की चिकित्सा परीक्षाओं के माध्यम से स्वास्थ्य स्थिति सहित समग्र स्थिति, जहाँ स्वास्थ्य स्थिति में प्रयोगशाला परीक्षण, कांटीगोलांजी, रेडियोलॉजिकल परीक्षण और जीवाणु/फरूंद संक्रमण का पता लगाने के लिए रक्त परीक्षण सहित अन्य चिकित्सकीय जाँच शामिल हो सकती हैं उसके अनुवीक्षण/पुष्टि/पुनः पुष्टि को संचालित करने के लिए आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. को अधिकृत करता हूँ/करते हैं. मैं/हम एतद् द्वारा ऐलिसा मेथड द्वारा एचआईवी 1/2 परीक्षण से गुजरने के लिए अपनी सहमति देता हूँ/देते हैं. मैं/हम जानता हूँ/जानते हैं कि यह परीक्षण सिर्फ अनुवीक्षण के उद्देश्य के लिए है, न कि एचआईवी/एड्स की पुष्टि के लिए. मैं/हम समझ चुका हूँ/चुके हैं कि कम्पनी के पास इस आवेदन पर स्वीकार करने, इन्कार करने या वैकल्पिक शर्तों का प्रस्ताव करने का अधिकार सुरक्षित है.

इस प्रस्ताव के तहत या उसके बाद किसी भी समय जोखिम का आकलन करने के लिए कम्पनी को सक्षम बनाने के लिए, मैं/हम एतद् द्वारा पूर्व और वर्तमान नियोक्ता(ओं)/व्यवसाय के भागीदारों/चिकित्सक/अस्पताल और चिकित्सा स्रोत/कोई जीवन और गैर-जीवन बीमा कम्पनी/या संगठन या जीवन बीमा एसोसिएशन के चिकित्सा पंजी को 'कम्पनी' को और 'कम्पनी' को किसी चिकित्सा स्रोत/जीवन और गैर-जीवन बीमा कम्पनी/या जीवन बीमा संघ के चिकित्सा पंजी को इस प्रकार की जानकारी देने और रोजगार/व्यवसाय के अभिलेखों या अन्य विवरणों को देने के लिए, जैसा भी प्रासंगिक हो, उन्हें अधिकृत करता हूँ/करते हैं. मेरे/हमारे बारे में जानकारी, मुझे/हमें किसी उत्पाद या सेवा से संबंधित प्रमोशनल सामग्री प्रदान करने/ प्रस्तावित करने के लिए आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. द्वारा संग्रहित एवं प्रयोग की जा सकती है. मैं/हम एतद् द्वारा सहमत हूँ/हैं कि दिशा-निर्देशों में कहे गए अनुसार और उत्पाद के प्रकार के अनुसार लागू प्रतीक्षा अवधि पॉलिसी के नवीनीकरण के बाद लागू होगी. मैं/हम यह भी समझता हूँ/समझते हैं कि पॉलिसी के तहत देय प्रीमियम और लाभ सहित लागू नियम और शर्तें, लागू कानूनों के अनुसार परिवर्तन के अधीन हैं. यह प्रपत्र मेरी/हमारी जीवन/स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी अनुबंध का एक हिस्सा होगा.

\_\_\_\_\_

जीवन बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

\_\_\_\_\_

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप  
(यदि जीवन बीमित से अलग हो)

दिनांक 

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

स्थान \_\_\_\_\_

घोषणा

उस स्थिति में लागू जब पॉलिसी धारक निरक्षर हो या किसी अयोग्यता से ग्रस्त हो जिससे उसकी लिखने की क्षमता प्रतिबंधित हुई हो या जहाँ पॉलिसी धारक ने मातृभाषा में हस्ताक्षर किए हों. टिप्पणी : कम्पनी के सलाहकार/कर्मचारी के अलावा इस कथन का कोई अन्य गवाह होना चाहिए.

मैं/हम सत्यापित करते हैं कि इस प्रपत्र की विषय-वस्तु को मुझे/हमें स्पष्ट रूप से पढ़कर सुना व समझा दिया गया है और मैं/हम इन्हें पूरी तरह समझ चुका हूँ/चुके हैं. मैं/हम आगे यह भी प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि इस प्रपत्र में दिए गए जवाब मेरे/हमारे द्वारा प्रदत्त सूचना के अनुसार अभिलेखित किए गए हैं.

गवाह/प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति का पूरा नाम \_\_\_\_\_ पॉलिसी धारक के साथ संबंध \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

गवाह/प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

मातृभाषा में हस्ताक्षर करने वाले जीवन बीमित/  
पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

दिनांक 

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

स्थान \_\_\_\_\_

कृपया हमारे ग्राहक सेवा नं. 1860-226-7766 पर संपर्क करें (स्थानीय दरें लागू)  
 कॉल सेंटर का समय : सुबह 9.00 बजे से रात 9.00 बजे तक, सोमवार से शनिवार (राष्ट्रीय अवकाश के अतिरिक्त)



संपर्क का पता

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पूर्व), मुंबई - 400101.