

5. 3 നീ മുതൽ 4 വരെയുള്ള ചോദ്യത്തിനുള്ള ഉത്തരം ഉവ്വ് എന്നാണെങ്കിൽ, ദയവായി ഇനി പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക:

അസുഖത്തിന്റെ/പരിശോധനയുടെ പ്രകൃതം _____
 ഭോഗനിർണ്ണയത്തിന്റെ/പരിശോധനയുടെ തീയതി _____
 ചികിത്സയുടെ/കണ്ടെത്തലുകളുടെ കാലയളവ് _____
 ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ പേര് _____
 അവധിയുടെ കാലയളവും തീയതികളും: _____
 ലിഖിതപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള കാരണം (അസുഖം, രോഗം, പരിക്ക്): _____

6. ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാൾ ഇനി പറയുന്നവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടോ / ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടോ ?

ഉപയോഗിച്ച പദാർത്ഥം	ഉവ്വ്	ഇല്ല	ഉപയോഗിച്ചത് ഇപ്രകാരം	അളവ്/ദിവസം	എത്ര വർഷത്തേക്ക്
പുകയില			സിഗാർ/സിഗരറ്റ്/ബീഡി/ഗുഡ്ക		
മദ്യം			ബിയർ, വൈൻ, ഹോട്ട് ലിക്വർ		
എന്തെങ്കിലും മയക്കുമരുന്ന്					

7. ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാൾ അദ്ദേഹത്തിന്റെ/അവരുടെ തൊഴിൽ / താമസസ്ഥലം / പ്രവൃത്തി എന്നിവ പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്ത തീയതിക്ക് ശേഷം/അവസാന പുതുക്കലിന് ശേഷം മാറ്റിയോ ? ഉവ്വ് ഇല്ല
 ഉവ്വ് എന്നാണെങ്കിൽ, എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക ദോഷം/അപകടസാദ്ധ്യത ഉള്ള തൊഴിൽ (ഉദ. കെമിക്കൽ ഫാക്ടറി, മൈൻസ്, സ്പോർട്ട്സ് വസ്തുക്കൾ, റേഡിയേഷൻ, ദ്രവിപ്പിക്കുന്ന രാസവസ്തുക്കൾ തുടങ്ങിയവ) / ഉദ്യോഗം (യാത്രക്കാരൻ എന്ന നിലയിലല്ലാതെ ഉള്ള വിമാനയാത്ര, ഡ്രൈവിംഗ്, പർവ്വതാരോഹണം, ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള പന്തയ ഓട്ടം തുടങ്ങിയവ) ആണെങ്കിൽ. ദയവായി വിവരങ്ങൾ നൽകുക: _____

8. ഈ പോളിസിയുടെ തീയതിക്ക് / അവസാന പുതുക്കലിന് ശേഷം ഐ സി ഐ സി ഐ പ്രഡൻഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാളുടെ ഒരു ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ (ഐ ഇ ഐസ്) ഇതര പ്രൊപ്പോസലിന്റെ/പുതുക്കലിന്റെ സ്ഥിതി എന്താണ്?

പോളിസി അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ	കമ്പനിയുടെ പേര്	ഇഷ്യൂവിന്റെ/അപേക്ഷയുടെ തീയതി	മെഡിക്കൽ പോളിസി		വാർഷിക പ്രീമിയം (രൂപ)	ഉറപ്പു നൽകുന്ന അടിസ്ഥാന തുക (രൂപ)	ബേസിക് പ്ലാൻ - തീരുമാനം (സ്റ്റാൻഡാർഡ്/എക്സ്ട്രാ പ്രീമിയം / മാറ്റിവച്ചു/ നിരസിച്ചു/പുർത്തിയായില്ല)	റെവററുള്ളതും തീരുമാനത്തിന്റേയും പരാമർശിക്കുക (സ്റ്റാൻഡാർഡ്/എക്സ്ട്രാ പ്രീമിയം / മാറ്റിവച്ചു/ നിരസിച്ചു/പുർത്തിയായില്ല)	പ്രാബല്യത്തിൽ വന്നത്/ചാപ്സ് ആയത് (ലാപ്സിന്റെ/അപേക്ഷിച്ച പുതുക്കലിന്റെ വർഷം പരാമർശിക്കുക)
			ഉവ്വ്	ഇല്ല					

*സ്ഥലം അപര്യാപ്തമെങ്കിൽ ദയവായി ഒരു പ്രത്യേക ഷീറ്റ് ഒപ്പം വയ്ക്കുക

സത്യവാങ്മൂലവും അധികാരപ്പെടുത്തലും

പത്രത്തിലെ ചോദ്യങ്ങൾക്കു ഞങ്ങൾ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയെന്നും കൂടാതെ അത്തരം ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുമ്പോൾ വസ്തുനിഷ്ഠമായി ഉത്തരം നൽകേണ്ടതിന്റേ പ്രാധാന്യം ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മൂഴുവനായി മനസ്സിലാക്കിയെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പത്രത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ നൽകിയ ഉത്തരങ്ങളും ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാളുടെ ആരോഗ്യത്തെ സംബന്ധിച്ചും ശീലത്തെ സംബന്ധിച്ചും കമ്പനിയുടെ വൈദ്യ പരിശോധകൻ നൽകിയ വിവരങ്ങളും എല്ലാ വിധത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ വസ്തുതകളാണെന്നും മറച്ചു വയ്ക്കുകയോ പൂർണ്ണവ്യക്തിയുടെ കയ്യാടലോ ചെയ്തിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
 ഐ സി ഐ സി ഐ പ്രഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് നൽകിയ ബന്ധപ്പെട്ട ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശകനോ വൈദ്യോപദേശകനോ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിക്കോ ഈ അപേക്ഷയിലെ ഉത്തരങ്ങൾക്കോ പ്രസ്താവനകൾക്കോ ഓരോന്നി വരുത്തുന്ന പ്രസ്താവനകൾ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ നടത്തിയിട്ടില്ല. ഈ പത്രത്തിൽ ഒപ്പിട്ട ശേഷവും പുതുക്കലിന്/ റെവർ ചേർക്കുന്നതിന്/ ലൈഫ് ഹെൽത്ത് സം അച്ചർഡ് വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് ഉള്ള റിസ്ക് കമ്പനി സ്വീകരിക്കുന്നതിന് മുൻപ് ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാളുടെ ആരോഗ്യനിലയിലെ അല്ലെങ്കിൽ തൊഴിലിലെ ഏതു മാറ്റവും അല്ലെങ്കിൽ കമ്പനിയെ അറിയിക്കുമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു.
 ലേബോറട്ടറി പരിശോധനകൾ, കാൻസറോളജി, റേഡിയോളജിക്കൽ പരിശോധനകൾ എന്നിവയും ബാക്റ്റീരിയ/വൈറൽ/പുഷ്പൽ ബാധകൾ തിരിച്ചറിയുന്നതിനുള്ള രക്തപരിശോധനകളും ഉൾപ്പെടെ മറ്റ് വൈദ്യപരിശോധനകളും ഉൾപ്പെടുത്തുന്ന വൈദ്യപരിശോധനകളിലൂടെയും ആരോഗ്യസ്ഥിതി ഉൾപ്പെടെയുള്ള ജീവന്റെ/ജീവിതങ്ങളുടെ പൊതുവായ സ്ഥിതി സ്ക്രീൻ ചെയ്യുവാൻ/ സ്ഥിരീകരിക്കുവാൻ/ പുനഃസ്ഥിരീകരിക്കുവാൻ ഐ സി ഐ സി ഐ പ്രഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡിനെ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. എല്ലാ സെന്റ് വഴി എച്ച്.ഐ.വി/2 പരിശോധന നടത്തുന്നതിന് എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ നൽകുന്നു. ഈ പരിശോധന സ്ക്രീനിംഗിന് മാത്രമുള്ളതാണെന്നും എച്ച്.ഐ.വി-എയ്ഡ്സിന്റെ സ്ഥിരീകരണമല്ലെന്നും എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് അറിവുള്ളതാണ്.
 ഈ അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുവാൻ, നിരസിക്കുവാൻ അല്ലെങ്കിൽ പകരം വ്യവസ്ഥകൾ നിർദ്ദേശിക്കാൻ ഉള്ള അവകാശം കമ്പനിയുടെ നിഷേധിതമാണെന്ന് എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് അറിവുള്ളതാണ്.
 ഈ അപേക്ഷയിലെ അപകടസാദ്ധ്യത വിലയിരുത്താൻ കമ്പനിയെ പ്രാപ്തമാക്കുന്നതിന്, അതിനുശേഷം ഏതുസമയത്തും, കമ്പനിക്ക് പ്രസ്തുത വിവരങ്ങളും ഉദ്യോഗത്തിന്റെ/ബീഡിനത്തിന്റെ രേഖകൾ അല്ലെങ്കിൽ പ്രസക്തമായ മറ്റുവിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് മുൻകാലത്തെയും ഇപ്പോഴത്തെയും തൊഴിൽദാതാവിനെ (ദാതാക്കളെ)/ ബീഡിനത്തിന് അന്വേഷണത്തിന്/മെഡിക്കൽ പ്രാക്റ്റീഷണറോ/ ആശുപത്രിയെ, മെഡിക്കൽ നോഴ്സിനെ/ എന്തെങ്കിലും ലൈഫ് അച്ചർ നോൺ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയെ അല്ലെങ്കിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അന്വേഷണത്തിന് അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രാർനെ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു കൂടാതെ അത് ഏതെങ്കിലും ലൈഫ് അച്ചർ നോൺ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിക്ക്/അല്ലെങ്കിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അന്വേഷണത്തിന് അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രാർന് നൽകുന്നതിന് കമ്പനിയേയും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഏതെങ്കിലും ഉൽപ്പന്നങ്ങളും സേവനങ്ങളുമായും ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊമോഷണൽ മെറ്റീരിയൽ നൽകുന്നതിന്/ എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് ഓഫർ ചെയ്യുന്നതിന് എന്ന കൂറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ ഐ സി ഐ സി ഐ പ്രഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ശേഖരിക്കുകയും ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം. മാർഗ്ഗരേഖകളിൽ കാണിച്ചിട്ടുള്ള കാനിസ്ട്രിക്ട് കാലാവധി പോളിസി പുതുക്കിയതിന് ശേഷവും ബാധകമായിരിക്കുമെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു. ബാധകമായ വിവരങ്ങൾ പ്രകാരം പോളിസി പ്രകാരമുള്ള പ്രീമിയവും ആനുകൂല്യങ്ങളും ഉൾപ്പെടെയുള്ളവ ബാധകമായ നിയമപ്രകാരമുള്ള മാറ്റങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ പത്രം എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി കോൺട്രാക്റ്റിന്റെ ഭാഗമാകും.

തീയതി:

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

 ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാളുടെ പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ്/പെരുവിലമടയാളം സ്ഥലം _____
 ഒപ്പ്/പെരുവിലമടയാളം (ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്ത ആളിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തനെങ്കിൽ)

സത്യവാങ്മൂലം

പോളിസി ഉടമ നിരക്ഷരനെങ്കിൽ അഥവാ അദ്ദേഹം/അവർ എഴുതാൻ സാധിക്കാത്ത വിധം വൈകല്യം മൂലം പ്രയാസപ്പെടുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അഥവാ പോളിസി ഉടമ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പുവെച്ചുവെങ്കിൽ. ഓർക്കുക: കമ്പനിയുടെ അഡ്വൈസർ/ജീവനക്കാരൻ എന്നിവരെഴിയിട്ടെങ്കിലും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തണം.
 ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഈ പത്രത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം വായിച്ചുവെന്നും എനിക്ക് / ഞങ്ങൾക്ക് വ്യക്തമായി വിവരിച്ചു തരികയും അവ എനിക്ക് / ഞങ്ങൾക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാവുകയും ചെയ്തുവെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഈ പത്രത്തിലെ പ്രതികരണങ്ങൾ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ പ്രകാരം കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തിയെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

പത്രം പൂർണ്ണമായും സാക്ഷിയുടെ/വ്യക്തിയുടെ മുഴുവൻ പേര് _____ (പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം) _____
 തീയതി:

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

 പത്രം പൂർണ്ണമായും സാക്ഷിയുടെ/വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് ഒരു പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിടുന്ന പോളിസി ഉടമയുടെ/ സ്ഥലം _____
ലൈഫ് അച്ചർ ചെയ്തയാളുടെ ഒപ്പ്/പെരുവിലമടയാളം

ദയവായി ഞങ്ങളുടെ കസ്റ്റമർ സർവീസ് നമ്പറിൽ വിളിക്കുക 1860 266 7766 കോൾ സെന്റർ സമയം: രാവിലെ 9.00 മുതൽ വൈകിട്ട് 9.00 വരെ. തിങ്കൾ മുതൽ ശനി വരെ (ദേശീയ അവധി ദിവസങ്ങൾ ഒഴികെ)



ആശയവിനിമയത്തിനുള്ള മേൽവിലാസം
 ഐ സി ഐ സി ഐ പ്രഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്., വിനോദ് സിൻക്സ് മിൽസ് കോമ്പൗണ്ട്, ചക്രവർത്തി അശോക് നഗർ, കാന്തിവിലി (ഈസ്റ്റ്), മുംബയ് - 400 101.