તંદુરસ્તી વિષેનું અંગત નિવેદન

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

માર્ગદર્શિકાઓઃ
- ✓ આ ફૉર્મમાં વીમિતની વિગતો સમાયેલી હોવી જોઈએ. વીમો વધારવા માટે/ રાઈડરમાં વધારો/ રાઈડર વીમો વધારવા માટે/ ટોપ અપ માટેની વિનંતી માટે કરવો જોઈએ.
- ✓ આ ફૉર્મનો ઉપયોગ લાઈફ પૉલિસીના રિવાઈવલ/એસએમાં વધારો/રાઈડરમાં વધારો/રાઈડર એસએમાં વધારો ટોપ અપ માટેની વિનંતી માટે કરવો જોઈએ.
- ✓ ઈન્શ્યૉરન્સ આ ફૉર્મમાં પૂછાયેલા સવાલોના પ્રતિસાદમાં તમામ સંબંધિત (મહત્વની) હકીકતોને પણ છતી કરતો, પ્રપોઝર અને વીમિત પર અત્યંત વિશ્વાસ, ભરોસા પર બનાવવામાં આવેલો કરાર છે.
- ✓ પૉલિસીનું રિવાઈવલ/હૅલ્થની વીમિત રકમમાં વધારો/વધારાનું રાઈડર/લાઈફમાં વધારો/લાઈવ્સને અૅશ્યૉર કરવી વગેરે અંતિમ અંડરરાઈટિંગ નિર્ણયની તારીખ અથવા કંપનીને પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ રકમ મળે એ તારીખ અથવા સંશોધિત પ્રીમિયમ સંમતિની પ્રાપ્તિ, બેમાંથી જે મોડું હોયત્યારથી અમલી બનશે.
- ✓ આ ફોર્મ/ નિવેદનની માન્યતા 6 મહિનાની છે. જો આ પૉલિસી સાથે કોઈ હૅલ્થ રાઈડર બિડ્યાં હશે તો આ ફોર્મ/ નિવેદનીની માન્યતા 3 મહિના રહેશે.
- ✓ વીમાની રકમમાં વધારો/રાઈડરમાં વધારો પૉલિસી આધારિત છે. વિગતો માટે કૃપયા પૉલિસી દસ્તાવેજ વાંચો.

પૉલિસી નંબર (રો): | | | | | | | | | | | | **તારીખઃ** D D M M Y Y Y Y

વીમિતનું નામઃ ______________________
પહેલું નામ વચલું નામ અટક

પ્રપોઝરનું નામઃ ______________________
(જો વીમિતથી અલગ હોય તો)
પહેલું નામ વચલું નામ અટક

સંપર્ક ક્રમાંકોઃ ______________________
એસટીડી ઘર એસટીડી ઑફિસ એક્સ્ટેન્શન આઈએસડી મોબાઈલ

ઈ-મેલ આઈડીઃ ______________________

હું આ સાથે આની માટે અરજી કરું છુંઃ

☐ પૉલિસીને ફરી શરૂ કરવા માટે

☐ મારા લાઈફ/રાઈડરની વીમાની રકમને ₹________________થી વધારીને ₹________________કરો (ચૂંટેલા પ્લાનો માટે પરવાનગી)

☐ રાઈડરનો વધારો (ચૂંટેલા પ્લાનો માટે પરવાનગી)

કૃપયા મારી પૉલિસીમાં નીચેનાં રાઈડર્સ ઉમેરોઃ

રાઈડરનું નામ	મુદત (વર્ષ)	વીમાની રકમ (₹)	પ્રીમિયમ (₹)

કૃપયા નીચે જણાવેલી જાણકારી આપોઃ

	હા	ના
1. વીમિતની ઊંચાઈ________________ સેંમી. વીમિતનું વજન ______________કિલો		
2. શું વીમિતની તંદુરસ્તી સારી છે? જો ના, તો વિગતો આપોઃ ________________	☐	☐
3. તંદુરસ્તી સંબંધિત સવાલોઃ	☐	☐
a) તમને કોઈ શારીરિક ખોડ/વિકલાંગતા/જન્મજાત જડતા/અસાધારણપણું છે?	☐	☐
b) તમે ક્યારેય ડૉક્ટરને કન્સલ્ટ કર્યા હતા અથવા તાજેતરમાં કોઈ ટેસ્ટ્સ, ઈન્વેસ્ટીગેશન્સ કરાવ્યાં હતાં, કોઈ ટેસ્ટ્સ અથવા ઈન્વેસ્ટીગેશન્સનાં પરિણામોની રાહ જોઈ રહ્યા છો અથવા તમને ક્યારેય કોઈ ટેસ્ટ્સ, ઈન્વેસ્ટીગેશન્સ અથવા સર્જરી માટેની સલાહ આપવામાં આવી હતી અથવા જનરલ ચેક અપ, ઑબ્ઝર્વેશન, સારવાર અથવા સર્જરી માટે હૉસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા હતા?	☐	☐
c) તમને કૅન્સર, ગાંઠ, સિસ્ટ અથવા કોઈ અન્ય ગ્રોથ બાબતમાં જાણ હતી કે આને માટે સારવાર આપવામાં આવી હતી કે હૉસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા હતા અથવા કોઈ ઈન્વેસ્ટીગેશન કે સારવાર માટે ઓન્કોલૉજીસ્ટને મળવાનું કે કૅન્સરની હૉસ્પિટલમાં જવાનું કહેવામાં આવ્યું હતું?	☐	☐
d) તમેએકથી વધુ અઠવાડિયાઓ માટે કોઈ બીમારી/ઈજા/અકસ્માત માટે સારવાર/દવા કરાવી હતી?	☐	☐
e) તમે છેલ્લાં બે વર્ષમાં મેડિકલ ગ્રાઉન્ડ ઉપર રજા લીધી હતી?	☐	☐
f) શું વીમિત (''તમે'')તમે નીચેનામાંથી કોઈ બીમારીથી પીડાયા હતા કે પીડાઈ રહ્યા છો?	☐	☐
(i) ડાયાબીટિસ/હાઈ બ્લડ સુગર/હાઈ/લૉ બીપી(બ્લડ પ્રેશર)	☐	☐
(ii) ક્ષતિયુક્ત નજર અથવા વાચા અથવા શ્રવણ અથવા કાનોમાંથી સ્રાવ સહિત આંખ, નાક, કાન, ગળાનો વિકાર?	☐	☐
(iii) લીવર, પ્રજનન પ્રણાલી સંબંધિત બીમારીઓ	☐	☐
(iv) છેલ્લાં છ મહિનામાં વજનમાં 10 કિલો અથવા વધારે ઘટ?	☐	☐
(v) મગજ, મૅન્ટલ/સાઈક્રિઆટ્રિક બીમારી, પાર્કિન્સોનિઝમ, મલ્ટિપલ સ્ક્લેરોસિસ, નર્વસ સિસ્ટમ, સ્ટ્રોક, પૅરાલિસિસ અથવા આંચકી સંબંધિત લક્ષણો/બીમારીઓ	☐	☐
(vi) દમ, બ્રોન્કાઈટિસ , બ્લડ સ્પિટીંગ, ટ્યુબરક્યુલોસિસ અથવા અન્ય શ્વસન સંબંધિત વિકાર	☐	☐
(vii) પાંડુરોગ, રક્ત અથવા રક્ત સંબંધિત વિકારમસ્ક્યુલોસ્કેલેટલ ડિસઑર્ડર જેમ કે આર્થરાઈટિસ, વારંવાર કમરનો દુઃખાવો, સ્લિપ ડિસ્ક્સ અથવા કરોડરજ્જુ, સાંધાઓનો વિકાર અથવા લિમ્બ્સ અથવા લેપ્રસીનો વિકાર	☐	☐
(viii) તમને કે તમારા જીવનસાથીને ક્યારેય હેપિટાઈટિસ બી અથવા સી, એચઆઈવી/એઈડ્સ અથવા કોઈ અન્ય ગુપ્તરોગો માટેનું પરીક્ષણ કરવામાં આવ્યું છે.	☐	☐
(ix) છાતીમાં દુઃખાવો, થડકારો, રહ્યુમેટિક ફીવર, હાર્ટ મર્મર, હાર્ટ અૅટૅક, શ્વાસ રૂંધાવો અથવા અન્ય હૃદય સંબંધિત વિકાર	☐	☐
(x) કીડની, બ્લેડર, પ્રોસ્ટેટ, ટીસ્ટ્સ, સ્ક્રોટુમ અથવા મૂત્રપ્રણાલીમાં કોઈ વિકાર	☐	☐
(xi) ગૅસ્ટ્રાઈટિસ,પેટમાં કે ડ્યુઓડિનલ અલ્સર, હર્નિયા, લીવરરોગ, કમળો, હેપેટાઈટિસ, મસા, ભગંદર અથવા આંતરડા સંબંધિત કોઈ અન્ય બીમારી	☐	☐
(xii) થાઈરોઈડનો વિકાર અથવા કોઈ અન્ય વિકાર અથવા એન્ડોક્રાઈમ સિસ્ટમ,ઉચ્ચ કોલેસ્ટ્રૉલ/હાઈપરલિપિડેમિયા	☐	☐
(xiii) તમે નીચેમાંથી કંઈ કરાવ્યું છે/એના માટે સલાહ આપવામાં આવી હતી–એન્જિઓપ્લાસ્ટી, બાયપાસ સર્જરી, બ્રેઈન સર્જરી, હાર્ટ વાલ્વ સર્જરી, ઓર્ટા સર્જરી અથવા ઑર્ગન ટ્રાન્સપ્લાન્ટ અથવા કોઈ અન્ય મોટી સર્જરી અથવા સારવાર	☐	☐
g) ઉપર ના જણાવેલી હોય એવી કોઈ અન્ય બીમારી કે વિકાર	☐	☐
4. જો વીમિત(''તમે'') સ્ત્રી હોય તો નીચેના સવાલોના જવાબો આપવાની જરૂર છે.		
a) તમે ક્યારેય સ્ત્રીરોગ સંબંધિત સમસ્યાઓથી પીડાતા હતા/પીડાઈ રહ્યા છો?	☐	☐
b) i) તમે હાલ સગર્ભા છો? જો હા, તો અઠવાડિયામાં મુદત જણાવો ______________	☐	☐
ii) કોઈ જટિલતા, કસુવાવડ, ગર્ભાવસ્થાની તબીબી સારવાર અથવા સીઝેરિયન, જો લાગુ થવાપાત્ર હોય તો	☐	☐
c) તમે નિમ્નલિખિત માટે ક્યારેય ઈન્વેસ્ટિગેશન અથવા સારવાર અથવા તબીબી સલાહ લીધી છે કે ફિઝિશ્યનો સંપર્ક કર્યો છેઃ	☐	☐
i) ગર્ભાશય ગ્રીવા, ગર્ભાશય, અંડાશય(યો) અથવા યોનિ સંબંધિત કોઈ બીમારી કે વિકારો, અસાધારણ રક્તસ્રાવ, કૅન્સર અથવા ગ્રોથ?	☐	☐

સ્વીકૃતિની કાપલી

પર્સનલ હૅલ્થ ડેકલેરેશનની અરજી મળી છે

પૉલિસી નંબર(રો): | | | | | | | | | |

તારીખઃ D D M M Y Y Y Y

પ્રાપ્તકર્તા | | | | | | | | | |

મહોર
અને
સમય

5. **જો નં. 3 અને 4નો જવાબ 'હા' હોય તો કૃપયા નીચેની વિગતો આપોઃ**

બીમારી/ટેસ્ટનો પ્રકારઃ ____________________

નિદાન/ટેસ્ટની તારીખઃ ____________________

સારવાર/ફાઈન્ડિંગ્સનો પીરિયડઃ ____________________

ડૉક્ટર/હૉસ્પિટલનું નામઃ ____________________

રજા અને તારીખોનો પીરિયડઃ ____________________

રજા લેવાનું કારણ (માંદગી, બીમારી, ઈજા):

6. **શું વીમિતે નીચેમાંથી કંઈ લે છે/ક્યારેક લીધું હતું?**

લીધેલો પદાર્થ	હા	ના	આના સ્વરૂપમાં	પ્રમાણ/દિવસ	કેટલા વર્ષ
તમાકુ			સિગાર/સિગારેટ/બીડી/ગુટખા		
આલ્કોહૉલ			બીયર/વાઈન/હાર્ડ લીકર		
કોઈ નાર્કોટિક					

7. **પૉલિસી જારી કર્યાની/છેલ્લા રિવાઈવલની તારીખથી વીમિતે પોતાનો વ્યવસાય/ઘર/ધંધો બદલ્યો છે?** હા ☐ ના ☐

જો હા, તો શું વ્યવસાય કોઈ ખાસ ખતરા/જોખમ (દા.ત. કેમિકલ ફૅક્ટરી, ખાણ, વિસ્ફોટો, વિકિરણો, સડો કરે એવાં રસાયણો, ઊંચાઈ પર કામ કરવું, ડાઈવિંગ વગેરે)/ધંધો (દા.ત. ભાડું ચૂકવીને પ્રવાસી તરીકે પ્રવાસ કરનારાઓને છોડીને એવિએશન, ડાઈવિંગ, પર્વતારોહણ, કોઈ પણ પ્રકારની રેસ વગેરે.) સાથે સંકળાયેલો છે? કૃપયા વિગતો આપોઃ

____

8. **આ પૉલિસીના પ્રપોઝલ/છેલ્લા રિવાઈવલની તારીખ પછી, આઈસીઆઈસીઆઈના અથવા કોઈ અન્ય ઈન્શ્યૉરન્સ કંપનીના વીમિતના જીવન પરની ઈન્શ્યૉરન્સ પૉલિસી(ઓ) માટે અન્ય પ્રપોઝલ/રિવાઈવલ (જો કોઈ હોય તો)ની શું સ્થિતિ છે?**

પૉલિસી અથવા પ્રપોઝલ નં.	કંપનીનું નામ	જારી/અરજી કર્યાની તારીખ	મેડિકલ પૉલિસી		વાર્ષિક પ્રીમિયમ (₹)	બેઝિક વીમિત રકમ (₹)	બેઝિક પ્લાન- નિર્ણય (સ્ટૅ./ એક્સ્ટ્રા પ્રીમિયમની સાથે/ મુલતવી છે /નકારી છે/પૂર્ણ	રાઈડરોનું નામ અને નિર્ણય જણાવો (સ્ટૅ./એક્સ્ટ્રા પ્રીમિયમની સાથે/ મુલતવી છે/ નકારી છે/	ચાલુ છે/લૅપ્સ થઈ છે (લૅપ્સ થયાનું/રિવાઈવલ ની અરજીનું વર્ષ જણાવો)
			હા	ના					

*જો જગ્યા પર્યાપ્ત ના હોય તો અલગ કાગળ બિડો

કબૂલાતનામું અને અધિકૃતતા

હું/અમે જાહેર કરીએ છીએ કે મેં/અમે પ્રપોઝલ ફૉર્મમાં આપવામાં આવેલા સવાલોને સંપૂર્ણપણે સમજી લીધા છે અને આવા સવાલોના જવાબ આપતી વખતે બધી જ ઠોસ જાણકારીઓને જાણ કરવાના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી લીધું છે. હું/અમે વધુમાં જાહેર કરીએ છીએ કે પ્રપોઝલ ફૉર્મમાં મારા/અમારા દ્વારા આપવામાં આવેલા બધા જ જવાબો અને જેના જીવનનો વીમો લેવાનો છે એના સ્વાસ્થ્ય અને આદતો સંબંધિત સ્થિતિ કંપનીના મેડિકલ પરીક્ષકને આપવામાં આવેલી બધી જ જાણકારી દરેક પ્રકારે સાચી અને પૂર્ણ છે અને કોઈ ઠોસ હકીકતને છુપાવી નથી. મેં/અમે ઈન્શ્યૉરન્સ ઍડવાઈઝર, મેડિકલ પરીક્ષક અથવા આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેનશ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની લિમિટેડ સાથે સંકળાયેલી કોઈ વ્યક્તિ સમક્ષ એવું કોઈ નિવેદન કર્યું નથી જે આ અરજી પરના જવાબ અને નિવેદનોને કોઈ પણ પ્રકારે બદલી શકે. હું/અમે બંધાઈએ છીએ કે કે રિવાઈવલ/રાઈડરનો વધારો/જીવનમાં વધારો/હૅલ્થની વીમિત રકમ માટે આ પ્રપોઝલ પર હસ્તાક્ષર કર્યા પછી અને કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિ મળ્યા પછી જો વીમિતના/જેના જીવનનો વીમો લેવાનો છે એના સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિમાં અથવા એના વ્યવસાય(યો)માં કોઈ ફેરફાર થાય તો એની જાણ કંપનીને કરીશું.

હું/અમે આ સાથે આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેનશ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની લિમિટેડને બૅક્ટેરિયલ/વાઈરલ/ફંગલ સંક્રમણો શોધી કાઢવા બ્લડ ટેસ્ટ્સ સહિત તબીબી પરીક્ષણો કે જેમા સામેલ છે લેબોરેટરી ટેસ્ટ્સ, કાર્ડિયોલૉજી, રેડિયોલૉજી ઈન્વેસ્ટિગેશન્સ અને અન્ય મેડિકલ ટેસ્ટ્સ દ્વારા સ્વાસ્થ્યની સ્થિતિ સહિત જીવન/જેનો જીવનનો વીમો કરાવાનો છે એની સમગ્ર સ્થિતિના સ્ક્રિનિંગ/પુષ્ટિ/પુનઃ પુષ્ટિ હેતુ અધિકાર આપું છું. હું આ સાથે એલિઝા પદ્ધતિ દ્વારા એચઆઈવી 1/2 ટેસ્ટ કરવા માટે પણ મારી/અમારી સંમતિ આપું છું. હું/અમે જાણીએ છીએ કે આ ટેસ્ટ માત્ર સ્ક્રિનિંગ હેતુ માટે જ છે અને નહીં કે એચઆઈવી/એઈડ્સની પુષ્ટિ માટે. હું /અમે જાણીએ છીએ કે કંપની સ્વીકારવાનો/નકારવાનો અથવા આ અરજી પર વૈકલ્પિક ટર્મ્સ ઑફર કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

આ પ્રપોઝલ હેઠળ અને ત્યાર પછી ચાહે ત્યારે કંપની જોખમની આકરણી કરી શકે એ માટે હું/અમે ભૂતકાળના અને વર્તમાનના નોકરીદાતા(ઓ), બિઝનેસ અસૉસિએટ્સ/મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર્સ/હૉસ્પિટલ અને મેડિકલ સ્રોત/કોઈ પણ લાઈફ અને નૉન–લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની અથવા ઑર્ગેનાઈઝેશન અથવા લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ ઍસોસિએશનના મેડિકલ રજિસ્ટરને કંપનીને અને કંપનીને કોઈ પણ લાઈફ અને નૉન–લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની અથવા ઑર્ગેનાઈઝેશન અથવા લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ ઍસોસિએશનના મેડિકલ રજિસ્ટરને કંપનીને, એવી વિગતો રિલીઝ કરવાનો અને સુસંગત લાગે તો નોકરી/ધંધા અથવા અન્ય વિગતોનો રેકૉર્ડ પૂરો પાડવાનો અધિકાર આપીએ છીએ. મારા/અમારા વિશેની જાણકારીને એકઠી કરીને આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેન્શ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કં.લિ. દ્વારા મને/અમને કોઈ ઉત્પાદનો અને સેવાઓ સંબંધિત પ્રોમોશનલ મટીરિયલ પૂરા પાડવા/ઑફર કરવા માટે કરી શકાશે. હું/અમે આ સાથે સંમત થઈએ છીએ કે માર્ગદર્શિકાઓમાં જણાવેલો અને ઉત્પાદનના પ્રકાર અનુસાર લાગુ થવાપાત્ર વેઈટીંગ પીરિયડ પૉલિસીના રિવાઈવલ પછી લાગુ થવાપાત્ર હશે. હું/અમે એ પણ જાણીએ છીએ કે પૉલિસી હેઠળ ચૂકવવાપાત્ર પ્રીમિયમ અને બેનીફિટ્સ સહિતનાં નિયમો અને શરતો લાગુ થવાપાત્ર કાયદાઓ અનુસાર ભિન્નતાને આધિન છે. આ ફૉર્મ મારા/અમારા હૅલ્થ ઈન્શ્યૉરન્સ પૉલિસી કરારનો એક ભાગ હશે.

વીમિતના હસ્તાક્ષર/અંગૂઠાનું નિશાન	પૉલિસીધારકના હસ્તાક્ષર/અંગૂઠાનું નિશાન (જો વીમિતથી અલગ હોય તો)	તારીખઃ D D M M Y Y Y Y સ્થળઃ ____________

કબૂલાતનામું

જ્યારે પ્રપોઝર અભણ હોય અથવા વિકલાંગતાને કારણે લખી શક્તો ના હોય અથવા પ્રપોઝરે દેશી ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય ત્યારે લાગુ થવાપાત્ર. નોંધઃ નીચે ઍડવાઈઝર/કંપનીના કર્મચારીને છોડીને કોઈ અન્ય વ્યક્તિએ સાક્ષી બનવું પડશે

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા દ્વારા જેની અરજી કરવામાં આવેલી છે અને પ્રપોઝલ ફૉર્મમાંના સમાવિષ્ટને મને સમજાવવામાં આવી છે અન મેં એને પૂરેપૂરી સમજી લીધી છે. હું વધુમાં સ્પષ્ટ કરું છું કે પ્રપોઝલ ફૉર્મમાંના પ્રતિઉત્તરોને મેં/અમે આપેલી જાણકારીઓ મુજબ રેકૉર્ડ કરવામાં આવી છે.

સાક્ષી/ફૉર્મ ભરનારનું પૂરું નામ____________________(પૉલિસીધારક સાથેનું સગપણ)____________________

ફોર્મ ભરનારના સાક્ષીદારના હસ્તાક્ષર	દેશી ભાષામાં હસ્તાક્ષર કરનારા વીમિત/ પૉલિસીધારકના હસ્તાક્ષર/અંગૂઠાનું નિશાન	તારીખઃ D D M M Y Y Y Y સ્થળઃ ____________

કૃપયા અમારા કસ્ટમર સર્વિસ નંબર 1860-266-7766 પર કૉલ કરો (લોકલ ચાર્જીસ લાગુ)

કૉલ સેન્ટરનો સમય સવારે 9.00થી રાત્રે 9.00 સોમવારથી શનિવાર (રાષ્ટ્રીય રજાઓને છોડીને)

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

પત્રવ્યવહારનું સરનામું

આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેન્શ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની લિ., વિનોદ સિલ્ક મિલ્સ કંપાઉન્ડ, ચક્રવર્તી અશોક નગર, અશોક રોડ, કાંદિવલી (પૂ), મુંબઈ 400 101.