

दिशा-निर्देश :

- विमा बीमा, इस प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों की प्रतिक्रिया स्वरूप प्रस्तावक और जीवन बीमित पर सभी सम्बद्ध (महत्वपूर्ण) तथ्यों को उजागर करने के लिए विश्वास करते हुए पूर्ण श्रद्धा के साथ किया गया एक अनुबंध है।
- पॉलिसी का पुनःप्रवर्तन/स्वास्थ्य बीमाकृत राशि में वृद्धि/राइडर को शामिल करना/ बीमित किए जाने वाली जीवन/जीवनों को शामिल करना अंतिम बीमांकन की तिथि या कम्पनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम राशि की प्राप्ति की तिथि या संशोधित प्रीमियम के लिए सहमति प्राप्ति की तिथि या जो भी लागू हो, उस तिथि से प्रभावी होगा।
- इस व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र की वैधता तीन माह है।
- स्वास्थ्य बीमाकृत राशि में वृद्धि/राइडर को शामिल करना/ बीमित किए जाने वाली जीवन/जीवनों को शामिल करना उत्पाद विशिष्ट हैं, कृपया अधिक जानकारी के लिए पॉलिसी प्रलेख देखें।

पॉलिसी क्रमांक :

दिनांक :DD/MM/YYYY

जीवन बीमित का नाम :
(फैमिली फ्लोटोर योजना में प्राथमिक जीवन) प्रथम नाम मध्य नाम उपनाम

पॉलिसीधारक का नाम
प्रथम नाम मध्य नाम उपनाम

पता

शहर राज्य देश पिन कोड

एसटीडी कोड सहित टेलीफोन नं. : **मोबाइल नं. :**

ई-मेल आईडी :

पॉलिसी स्थापना तिथि :DD/MM/YYYY **प्राथमिक जीवन की जन्म तिथि** (फैमिली फ्लोटोर योजना के लिए) :DD/MM/YYYY

इसके साथ, मैं आवेदन करता/करती हूँ (केवल एक पर निशान लगाएँ) :

- पॉलिसी का पुनःप्रवर्तन (फैमिली फ्लोटोर योजना के लिए, कृपया सभी जीवित लोगों की जानकारी साझा करें)
- मेरी स्वास्थ्य/राइडर बीमाकृत राशि ₹ से बढ़ाकर ₹ करें. (चयनित योजनाओं के लिए स्वीकृत)
- राइडर को शामिल करना (चयनित योजनाओं के लिए स्वीकृत)
- बीमित किए जाने वाली जीवन/जीवनों को शामिल करना (फैमिली फ्लोटोर योजना में)

1. बीमित किए जाने वाली जीवन/जीवनों का विवरण (केवल तभी भरा जाए जब बीमित किए जाने वाले व्यक्ति को वर्तमान पॉलिसी में जोड़ा जाना है)

	जीवनसाथी	संतान 1	संतान 2	संतान 3
ए) नाम	.....	.....	.....	.....
बी) जन्म तिथि	.....DD/MM/YYYY	.....DD/MM/YYYY	.....DD/MM/YYYY	.....DD/MM/YYYY
सी) लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री
डी) वैवाहिक स्थिति	.....		
	U- अविवाहित; M- विवाहित; W- विधुर; D- तलाकशुदा			
ई) राष्ट्रीयता	<input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> गैर-भारतीय	<input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> गैर-भारतीय	<input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> गैर-भारतीय	<input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> गैर-भारतीय
एफ) निवास स्थिति	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> N
	I- प्रवासी भारतीय; N- अप्रवासी भारतीय			
जी) उम्र का साक्ष्य	.....		
	पासपोर्ट - PSPT; ड्राइविंग लायसेंस - DL; स्कूल/कॉलेज प्रमाण-पत्र - SC; अन्य - कृपया निर्दिष्ट करें			
एच) शिक्षा	.....		
	निरक्षर - UEDU; 10 वीं से कम - SSC; 10 वीं - SSC; १२ वीं - HSC; स्नातक - GRAD; स्नातकोत्तर - PGD; डिप्लोमा - DIP			
आई) अहर्ता	.....		
	प्रबंधक - M; चार्टर्ड अकाउंटेंट - C; चिकित्सक - D; अभियन्ता - E; वकील - L; अन्य (निर्दिष्ट करें)			
जे) पेशा	.....		
	वेतनभोगी - SP; व्यवसाय - BSEM; पेशेवर - PROF; छात्र - STDN; गृहिणी - HSWF; सेवानिवृत्त - RETD; स्व-रोजगार में संलग्न - SELF; कृषि - AGRI; अन्य - OT;			
के) संस्था का प्रकार	.....		
	एमएनसी; पब्लिक लिमिटेड; प्राइवेट लिमिटेड; पार्टनर या प्रोपराइटर; शासकीय; ट्रस्ट; अन्य (निर्दिष्ट करें)			
एल) संस्था का नाम	.....		
एम) वर्तमान नौकरी में वर्ष	.....		
एन) वार्षिक आय	.....		

2. जोड़े जाने वाले राइडरों का विवरण

राइडर का नाम	अवधि (वर्ष)	बीमित राशि (₹)	प्रीमियम (₹)

3. बीमित किए जाने वाले जीवन/जीवनों की व्यक्तिगत जानकारी

*एकल जीवन योजना के लिए, कृपया सिर्फ प्राथमिक जीवन के तहत विवरण भरें. फैमिली फ्लोटोर योजना के लिए, सभी जीवनों के लिए विवरण प्रदान करें -

	प्राथमिक जीवन	जीवनसाथी	संतान 1	संतान 2	संतान 3
ए) ऊँचाई (से.मी.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
बी) वजन (कि.ग्रा.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

	प्राथमिक जीवन		जीवनसाथी		संतान 1		संतान 2		संतान 3	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
सी. जीवन शैली विवरण										
i) क्या आपका पेशा किसी खतरे से जुड़ा है (यानी रसायनिक कारखाने, खदान, विस्फोटक, विकिरण, संक्षारक रसायन, ऊँचाई पर काम करना, गोताखोरी इत्यादि)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) क्या आप सशस्त्र, अर्धसैनिक या पुलिस सेना में कार्यरत हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii) क्या आप ऐसी गतिविधियों में हिस्सा लेते हैं या ऐसा शौक रखते हैं जो किसी भी तरह खतरनाक हो सकती है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv) क्या आप तम्बाकू, शराब या किसी नशीले पदार्थ का सेवन करते हैं या आपने कभी इनका सेवन किया है? (यदि हाँ, तो एक अलग पत्रक पर प्रतिदिन सेवन की मात्रा और वर्षों की संख्या स्पष्ट करें, जबसे आप इसका सेवन कर रहे हैं)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डी. स्वास्थ्य विवरण										
i) क्या आप किसी जन्मजात दोष/असामान्यता से ग्रस्त हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) क्या आपमें कोई शारीरिक दोष या विकलांगता है या आप गतिशीलता के लिए किसी यांत्रिक/भौतिक सहायता का प्रयोग करते हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii) पिछले 5 वर्षों में क्या आप किसी बीमारी या चोट के लिए 2 दिनों या उससे अधिक समय के लिए किसी अस्पताल में भर्ती हुए हैं या लगातार 7 दिनों या उससे अधिक समय के लिए वहाँ कोई चिकित्सा उपचार प्राप्त किया या किसी शल्य क्रिया या नैदानिक परीक्षण (मैमोग्राम और पैप स्मीयर सहित) या असामान्य परिणामों के साथ चिकित्सा परीक्षणों से गुजरे या क्या आपको कोई जाँच या परीक्षण करवाने की आपको सलाह दी गई है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv) क्या आप जानते हैं या क्या आप कभी कैंसर, ट्यूमर, सिस्ट या किसी अन्य विकास के लिए अस्पताल में उपचारित या भर्ती किए गए?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) कोई बीमारी/चोट/दुर्घटना जिसमें एक सप्ताह से अधिक के लिए उपचार/चिकित्सा की आवश्यकता पड़ी हो?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi) पिछले दो वर्षों में, क्या आपने चिकित्सा आधार पर लगातार दो दिनों से ज्यादा के लिए अवकाश लिया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ई. क्या आप कभी निम्न में से किसी से पीड़ित रहे हैं या अभी ग्रस्त हैं?										
a. मधुमेह/उच्च रक्त शर्करा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. उच्च/निम्न रक्तचाप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. आँख, कान, नाक, गले का विकार जिसमें दोषपूर्ण दृष्टि या बोलने या सुनने की शक्ति या कानों से बहाव होना शामिल है.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. पिछले 6 माह में वजन में 10 कि.ग्रा. या उससे अधिक का परिवर्तन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. मस्तिष्क, मानसिक/मनोरोग, पार्किन्सन, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, तंत्रिका तंत्र, स्ट्रोक, लकवा, या मिर्गी से संबंधित लक्षण/बीमारी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. अस्थमा, श्वसन शोथ, थूक में रक्त आना, क्षय रोग या अन्य श्वसन संबंधी विकार.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. रक्त की कमी, रक्त या रक्त संबंधी विकार.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. माँसपेशियों और अस्थियों से संबंधित (मस्क्युलोस्केलेटल) विकार जैसे गठिया, बार-बार होने वाला पीठ दर्द, स्लिप डिस्क या कोई अन्य रीढ़, जोड़ों या अंगों का विकार या कुष्ठ रोग.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. क्या आपने या आपके जीवनसाथी ने कभी हेपेटाइटिस बी या सी, एचआईवी/एड्स या अन्य किसी यौन संक्रमित रोग के लिए कोई परीक्षण करवाया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. सीने में दर्द, घबराहट, वात रोग से संबंधित बुखार, हृदय में बुदबुदाहट, हृदय रोग, साँस लेने में तकलीफ या अन्य कोई हृदय संबंधी विकार.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. गुर्दे, मूत्राशय, पुरुष ग्रंथि, वृषण, अंडकोष की थैली से संबंधित लक्षण/बीमारियाँ या अन्य कोई मूत्राशय संबंधी रोग.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. जठर-शोथ, पेट या ग्रहणी अल्सर, हर्निया, यकृत रोग, पीलिया, हेपेटाइटिस, फिस्चुला, बवासीर या जठरांत्र प्रणाली के अन्य कोई रोग या विकार.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. थायरॉइड विकार या अंतः स्रावी प्रणाली के अन्य रोग या विकार.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. अन्य कोई विकार या दुर्बलता जो उपरोक्त में वर्णित नहीं है.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एफ. केवल महिलाओं के लिए (यदि लागू नहीं हो तो काट दें)										
i) क्या आप कभी महिला रोग संबंधी समस्याओं से पीड़ित हुई हैं/हो रही हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? यदि हाँ, तो अवधि को सप्ताहों में दर्शाएँ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii) कोई जटिलताएँ, गर्भपात, गर्भावस्था का चिकित्सीय रूप से समापन या सिज़ेरियन?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv) क्या निम्न के लिए आप कभी किसी परीक्षण या उपचार से गुजरी हैं या आपने चिकित्सीय सलाह प्राप्त की है या चिकित्सक से परामर्श लिया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. गर्भाशय ग्रीवा, गर्भाशय, अंडाशय(यों) या योनि का कोई रोग या विकार, असामान्य रक्त स्राव, कैंसर या असामान्य विकास	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. स्तन संबंधी कोई रोग या विकार जैसे स्तन गाँठ/पुटी, फाइब्रोसिस्टिक रोग, निपल परिवर्तन या स्राव, कैंसर या विकास?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. यदि 3सी से लेकर 3एफ तक किसी भी प्रश्न में आपका जवाब हाँ हैं तो कृपया एक अलग पत्रक पर निम्नांकित विवरण प्रदान करें :

- | | |
|---|---|
| (i) बीमित किए जाने वाले व्यक्ति का नाम | (ii) उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता |
| (iii) बीमारी की प्रकृति/सही-सही पहचान | (iv) रोग पहचान की पहली तिथि |
| (v) लक्षणों का विवरण (शुरुआत, तीव्रता और समय) | (vi) चिकित्सक के पर्चे या दवाओं की सूची |
| (vii) आगामी नियोजित परामर्श (यदि कोई हो) | |

5. पॉलिसी जारी किए जाने की तिथि से/पॉलिसी के पुनःप्रवर्तन की तिथि से क्या जीवन बीमित ने अपना व्यवसाय/निवास/पेशा बदला है?

यदि हाँ, तो क्या व्यवसाय (यानी रसायन कारखाने, खदानें, विस्फोटक, विकिरण, संक्षारक 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 :

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

पॉलिसी या प्रस्ताव क्रमांक	कम्पनी नाम	जारी करने/ आवेदन का वर्ष	चिकित्सा पॉलिसी		वार्षिक प्रीमियम (₹)	बीमाकृत 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 आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. (यहाँ इसके बाद इसे 'कम्पनी' कहा गया है) के सलाहकार के द्वारा समझाए जाने के बाद प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों का जवाब दे चुका हूँ/चुके हैं, और प्रश्नों की प्रकृति, जिनमें स्वास्थ्य से संबंधित प्रश्न शामिल हैं, को एवं इस प्रकार के प्रश्नों के उत्तर देने के दौरान सभी महत्वपूर्ण जानकारी को प्रकट करने के महत्व को, पूर्णतया समझ चुका हूँ/चुके हैं। मैं/हम आगे भी यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र के में पूछे गए सभी प्रश्नों के जवाब और बीमित किए जाने वाले जीवन/जीवनों 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 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 यह भी समझता हूँ/समझते हैं कि किसी गलत बयानी या महत्वपूर्ण जानकारी को दबाए जाने की स्थिति में या जहाँ कम्पनी को स्वास्थ्य में परिवर्तन की सूचना नहीं दी गई है, कम्पनी को पॉलिसी के तहत दावे को खारिज करने का अधिकार है। जहाँ यह पाया जाता है कि पॉलिसी नकली/छेड़छाड़ युक्त प्रलेखों और/या साक्ष्यों के आधार पर जारी की गई है, पॉलिसी शून्य हो जाएगी। मैं/हम यह भी प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि मैंने/हमने कम्पनी द्वारा प्रकाशित लाभों की व्याख्या को पढ़ और समझ लिया है जो मुझे/हमें इस प्रस्ताव प्रपत्र के साथ दिए गए थे। मैं/हम यह भी समझता हूँ/समझते हैं कि पॉलिसी के तहत देय प्रीमियम और लाभ के साथ नियम और शर्तें लागू कानूनों के अनुसार परिवर्तन के अधीन हैं। मैं/हम इस बात की पुष्टि करता हूँ/करते हैं कि सभी प्रीमियम का भुगतान प्रामाणिक स्रोतों के जरिये किया जाएगा।

मैं/हम सहमत हूँ/सहमत हैं कि मैं/हम दावा करने के लिए धोखाधड़ी के साधनों का प्रयोग नहीं करूंगा/करेंगे। मैं/हम सहमत हूँ/सहमत हैं कि यदि मैं/हम ऐसा करता हूँ/करते हैं तो कम्पनी अनुबंध को समाप्त कर देगी। मैं/हम इसके द्वारा बीमा किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों की चिकित्सा परीक्षणों के माध्यम से स्वास्थ्य स्थिति सहित समग्र स्थिति, जहाँ स्वास्थ्य स्थिति में प्रयोगशाला परीक्षण, कार्डियोलॉजी, रेडियोलॉजिकल परीक्षण और जीवाणु/विषाणु/फफूंद संक्रमण का पता लगाने के लिए रक्त परीक्षण सहित अन्य चिकित्सीय जांच 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 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।

कम्पनी के पास जीवन बीमा के लिए मेरे प्रस्ताव पर स्वीकार करने, इन्कार करने या वैकल्पिक शर्तें पेश 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 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।

'कम्पनी' के द्वारा स्वीकरण की स्थिति में, यह प्रस्ताव प्रपत्र जीवन बीमा पॉलिसी अनुबंध का एक हिस्सा हो जाएगा।

प्राथमिक जीवन	जीवनसाथी	संतान 1	संतान 2	संतान 3	प्रस्तावक (यदि बीमित किए जाने वाले जीवनों से अलग हो)
---------------	----------	---------	---------	---------	--

बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप (18 वर्ष से कम उम्र के बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/व्यक्तियों के लिए आवश्यक नहीं)

सलाहकार के हस्ताक्षर _____ (यदि बीमित किए जाने वाले व्यक्ति ने अंगूठे की छाप लगाई हो तो इसकी सलाहकार द्वारा गवाही दी जाएगी)

दिनांकDD/MM/YYYY..... स्थान

प्राप्ति पर्ची

यह व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र की प्राप्ति की स्वीकृति के लिए है।

पॉलिसी क्रमांक : दिनांक :DD/MM/YYYY.....

प्राप्तकर्ता

मोहर और समय

घोषणा आणि अधिकृतता

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 (1938 का 4) : (1) भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी प्रकार की जोखिम के सापेक्ष, कोई भी व्यक्ति किसी को भी प्रत्यक्ष रूप से या अप्रत्यक्ष रूप से प्रलोभन के रूप में एक बीमे को वापस लेने या नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिए, देय कमिशन की समस्त या किसी हिस्से की कोई भी छूट या पॉलिसी पर दर्शाई प्रीमियम की कोई छूट नहीं देगा या छूट देने का प्रस्ताव नहीं रखेगा, ना ही पॉलिसी को वापस लेने या नवीकरण करने या जारी रखने वाला कोई व्यक्ति किसी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय उस छूट के जो बीमाकर्ता के विवरण पत्र अथवा सूची में प्रकाशित है : बशर्ते बीमा अभिकर्ता द्वारा स्वयं के जीवन पर स्वयं द्वारा ली गई जीवन बीमा पॉलिसी से संबंधित कमीशन के स्वीकरण को इस उपधारा के अंतर्गत प्रीमियम में छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा, यदि बीमाकर्ता द्वारा ऐसी स्वीकृति निर्धारित शर्तों के अनुरूप है, जिसमें यह बताया गया है कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त एक वास्तविक बीमा अभिकर्ता है. (2) इस धारा के प्रावधानों का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति पर अर्थदंड लगाया जाएगा, जो पाँच सौ रुपए तक हो सकता है.

धारा 45 : इस अधिनियम के लागू होने के पहले प्रभावी जीवन बीमा की कोई पॉलिसी इस अधिनियम के लागू होने के दिनांक से दो वर्षों के समापन पर और इस अधिनियम के लागू होने के बाद प्रभावी जीवन बीमा की कोई पॉलिसी इस अधिनियम के लागू होने के दिनांक से दो वर्षों के समापन पर बीमाकर्ता द्वारा इस आधार पर प्रश्न नहीं उठाया जाएगा कि बीमा के प्रस्ताव में किए गए किसी कथन, या किसी चिकित्सा अधिकारी या रेफरी या बीमित व्यक्ति के मित्र की किसी रिपोर्ट में, या पॉलिसी जारी किए जाने हेतु किसी अन्य महत्वपूर्ण प्रलेख में दिया गया विवरण, जिसके परिणामस्वरूप पॉलिसी जारी की गई थी, गलत या असत्य था, जब तक कि बीमाकर्ता यह ना दर्शाए कि ऐसा विवरण महत्वपूर्ण था या छिपाया गया ऐसा महत्वपूर्ण तथ्य था जिसे प्रकट करना आवश्यक था और यह कि पॉलिसी धारक द्वारा यह छलपूर्वक किया गया था और यह जानकारी देते समय पॉलिसी धारक यह जानता था कि विवरण गलत है या यह कि यह उस महत्वपूर्ण तथ्य को छुपाता था जिसे प्रकट करना महत्वपूर्ण था. बशर्ते कि इस धारा में कुछ भी ऐसा नहीं जो बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण मांगने से रोकता हो, यदि उसे ऐसा करने के लिए अधिकृत किया गया हो और किसी भी पॉलिसी पर केवल इस कारण सवाल नहीं उठाए जाएंगे क्योंकि पॉलिसी की शर्तें, बाद वाले प्रमाण पर समायोजित की गई हो, कि बीमित व्यक्ति की आयु, प्रस्ताव में गलत बताई गई थी.

घोषणा

उस स्थिति में लागू जब प्रस्तावक निरक्षर हो या किसी अयोग्यता से ग्रस्त हो जिसके कारण लिखना प्रतिबंधित हो या जहाँ प्रस्तावक ने मातृभाषा में हस्ताक्षर किए हों. निम्नांकित का कम्पनी के सलाहकार/कर्मचारी के अतिरिक्त कोई अन्य व्यक्ति गवाह होना चाहिए.

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदित उत्पाद और प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु मुझे स्पष्ट रूप से समझा दी गई है और मैंने इसे पूरी तरह समझ लिया है.

मैं आगे भी यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए जवाब मेरे द्वारा दी गई सूचना के अनुसार अभिलेखित किए गए हैं.

मैं (गवाह का नाम) _____ पिता _____ वयस्क
और निवासी _____, रहने वाला/वाली और (प्रस्तावक से संबंध) _____
एतद् द्वारा कथन करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रपत्र और अन्य सभी प्रलेख जो बीमा पॉलिसी प्राप्त करने के लिए प्रासंगिक हो उनकी विषय-वस्तु श्री/श्रीमती/सुश्री
_____ को पढ़कर सुना और समझा दी है और वह इसे समझ चुका/चुकी है साथ ही मैं एतद् द्वारा पॉलिसी के नियमों और शर्तों और इसके
खंडों का पालन करने के लिए सहमत हूँ. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इसमें उपरोक्त जो कुछ मैंने कहा है वह मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है. सत्यनिष्ठा से
_____ को _____ पर इस बात की पुष्टि की.

गवाह के हस्ताक्षर

दिनांकDD/MM/YYYY.....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

स्थान

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु

स्पार्क कॉल आईडी दिनांकDD/MM/YYYY.....
स्कैनिंग कैबिनेट प्राप्तकर्ता
टिप्पणी

मोहर
और
समय

कृपया हमारे ग्राहक सेवा टोल-फ्री नं. 1-800-22-2020 पर अपने एमटीएनएल या बीएसएनएल लाइन से संपर्क करें
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 लाइफ़ इंश्योरेंस कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पूर्व), मुंबई - 400101.