ਨਿਜੀ ਸਿਹਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਫਾਰਮ

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ਨਿਰਦੇਸ਼:
- ✓ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ✓ ਇਸ ਫਾਰਮੈਟ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਜੀਵਨ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ/ਰਾਈਡਰ ਦਾ ਮਿਲਾਉਣਾ/ਰਾਈਡਰ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ / ਟਾੱਪ-ਅੱਪ ਬੇਨਤੀਆਂ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ✓ ਬੀਮਾ ਬੇਹਦ ਨਿਸਚਾ ਵਿੱਚ ਬਣਾਇਆ ਇੱਕ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਸਤਾਵਕ ਅਤੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਤਿਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਸਾਰੀ ਢੁੱਕਵੀਂ (ਪਦਾਰਥੀ) ਅਸਲੀਅਤ ਸਾਂਝੀ ਕਰੇਗਾ।
- ✓ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ/ਰਾਈਡਰ ਦਾ ਮਿਲਾਉਣਾ/ਰਾਈਡਰ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ/ਟਾੱਪ-ਅੱਪ - ਇਹ ਸਭ ਸਾਰਥਿਕ ਹੋਵੇਗਾ ਜਾਂ ਆਖਰੀ ਅੰਡਰਰਾਈਟਿੰਗ ਫੈਸਲਾ ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਵਲੋਂ ਪੂਰੀ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ।
- ✓ ਇਸ ਪੀ.ਐਚ.ਡੀ. ਦੀ ਵੈਧਤਾ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਰਾਈਡਰਸ ਪਾਲਿਸੀ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹਨ ਤਾਂ ਇਸ ਪੀ.ਐਚ.ਡੀ. ਦੀ ਵੈਧਤਾ 3 ਮਹੀਨੇ ਹੋਵੇਗੀ।
- ✓ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ/ਰਾਈਡਰ ਦਾ ਮਿਲਾਉਣਾ ਇਹ ਪ੍ਰੋਡਕਟ ਸੀਮਤ ਹੈ। ਵੇਰਵੇ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੇਖੋ।

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.: ____________ **ਮਿਤੀ:** D D M M Y Y Y Y

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਨਾਮ: ____________
ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਕੁ. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਸਰਨਾਮਾ

ਪ੍ਰਸਤਾਵਕ ਦਾ ਨਾਮ: ____________
(ਜੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ) ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਕੁ. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਸਰਨਾਮਾ

ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: ____________
ਐਸਟੀਡੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਐਸਟੀਡੀ ਦਫਤਰ ਐਕਸਟ. ਆਈਐਸਡੀ ਮੋਬਾਇਲ

ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ: ____________

ਮੈਂ, ਇੱਥੇ ਇਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਂਦਾ/ਦੇਂਦੀ ਹਾਂ

☐ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ

☐ ਮੇਰੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ/ਰਾਈਡਰ ਰਕਮ ਨੂੰ ਰੁਪਏ ₹____________ ਤੋਂ ਰੁਪਏ ₹____________ ਤੱਕ ਵਧਾਓ (ਕੇਵਲ ਚੋਣਵੇਂ ਪਲਾਨਾਂ ਲਈ ਆਗਿਆ)

☐ ਰਾਈਡਰ ਦਾ ਮਿਲਾਉਣਾ (ਕੇਵਲ ਚੋਣਵੇਂ ਪਲਾਨਾਂ ਲਈ ਆਗਿਆ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਮੇਰੀ ਪਾਲਿਸੀ ਨਾਲ ਹੇਠਲੇ ਰਾਈਡਰ ਜੋੜੋ।

ਰਾਈਡਰ ਨਾਮ	ਮਿਆਦ (ਸਮਾਂ)	ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ (₹)	ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ (₹)

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:

		ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
1.	**ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੀ ਲੰਬਾਈ:** ____________ **ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਵਜ਼ਨ:** ____________ **ਕਿਲੋ**		
2.	**ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਚੰਗੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਹੈ?**	☐	☐
	ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ ____________		
3.	**ਸਿਹਤ ਸਵਾਲ:**		
a)	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਸ਼ਰੀਰਕ ਕੁਰੂਪਤਾ/ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ/ਪੈਦਾਇਸ਼ੀ ਖਰਾਬੀ/ਅਸਧਾਰਨਤਾ ਹੈ?	☐	☐
b)	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਹੈ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਕੋਈ ਜਾਂਚ, ਮੁਆਇਨਾ ਚਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਸੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਮੁਆਇਨੇ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਕੋਈ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਮੁਆਇਨਾ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਆਖਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਨਰਲ ਚੈਕ ਅੱਪ, ਨਿਰੀਖਣ, ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣਾ ਪਿਆ ਹੋਵੇ?	☐	☐
c)	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ, ਰਸੌਲੀ, ਗੰਢ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਫੋੜੇ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਲਈ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣਾ ਪਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੀ ਮੁਆਇਨੇ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ ਔਨਕੋਲਾੱਜਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਜਾਂ ਕੈਂਸਰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਲਈ ਆਖਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ?	☐	☐
d)	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ/ਸੱਟ/ਹਾਦਸਾ ਹੋਇਆ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹਫਤੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਈ ਇਲਾਜ/ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ?	☐	☐
e)	ਪਿੱਛਲੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਕੋਈ ਛੁੱਟੀ ਲਈ ਹੈ?	☐	☐
f)	ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ (ਤੁਸੀਂ) ਹੇਠ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹੋਏ ਸੀ ਜਾਂ ਹੁਣ ਪੀੜਤ ਹੋ?		
(i)	ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼/ਵੱਧ ਬਲੱਡ ਸ਼ੁਗਰ/ਵੱਧ/ਘੱਟ ਬੀਪੀ (ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ)	☐	☐
(ii)	ਅੱਖ, ਕੰਨ, ਨੱਕ, ਗਲੇ ਦੀ ਖਰਾਬੀ, ਨਜ਼ਰ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬੀ ਜਾਂ ਕੰਨ ਵਿਚੋਂ ਕੁੱਝ ਨਿਕਲਣ ਦੇ ਸਮੇਤ	☐	☐
(iii)	ਜਿਗਰ, ਉਪਜਾਊ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ	☐	☐
(iv)	ਪਿੱਛਲੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, 10 ਕਿਲੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਵਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਘਾਟਾ ਹੋਣਾ	☐	☐
(v)	ਦਿਮਾਗ, ਮਾਨਸਿਕ/ਮਾਨਸਿਕ ਰੋਗ, ਪਾਰਕਿਨਸਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਮਲਟੀਪਲ ਸਕਲੈਰੋਸਿਸ, ਨੱਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ, ਸਟ੍ਰੋਕ, ਲਕਵਾ ਜਾਂ ਐਪੀਲੈਪਸੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲੱਛਣ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ	☐	☐
(vi)	ਅਸਥਮਾ, ਬ੍ਰੌਨਕਾਇਟਿਸ, ਥੁੱਕ ਵਿੱਚ ਖੂਨ, ਟੀਬੀ ਜਾਂ ਸਾਹ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਵਿਗਾੜ	☐	☐
(vii)	ਅਨੀਮੀਆ, ਖੂਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਿਗਾੜ, ਮਸਕਿਯੁਲੋਸਕੈਲੀਟਲ ਵਿਗਾੜ ਜਿਵੇਂ ਆਰਥ੍ਰਾਇਟਿਸ, ਵਾਰ ਵਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਪਿੱਠ ਦਾ ਦਰਦ, ਸਲਿੱਪ ਡਿਸਕ ਜਾਂ ਰੀੜ੍ਹ, ਜੋੜਾਂ ਜਾਂ ਅੰਗਾਂ ਜਾਂ ਕੋੜ ਦਾ ਵਿਗਾੜ	☐	☐
(viii)	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦੀ ਕਦੇ ਹੈਪੇਟਾਇਟਿਸ ਬੀ ਜਾਂ ਸੀ, ਐਚਆਈਵੀ/ਏਡਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵੀ ਲਿੰਗੀ ਤੌਰ ਤੇ ਫੈਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂਚ ਹੋਈ ਸੀ?	☐	☐
(ix)	ਛਾਤੀ ਦਾ ਦਰਦ, ਥਰਥਰਾਹਟ, ਗਠੀਏ ਸੰਬੰਧਿਤ ਬੁਖਾਰ, ਦਿਲ ਦਾ ਸਰਸਰਾਉਣਾ, ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਦੀ ਤਕਲੀਫ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵੀ ਦਿਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਿਗਾੜ	☐	☐
(x)	ਗੁਰਦਾ, ਬਲੈਡਰ, ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ, ਹਾਈਡ੍ਰੋਸੀਲ, ਪਿਸ਼ਾਬ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲੱਛਣ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ	☐	☐
(xi)	ਗੈਸਟ੍ਰਾਇਟਿਸ, ਪੇਟ ਜਾਂ ਡੁਓਡੀਨਲ ਫੋੜਾ, ਹਰਨੀਆ, ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਪੀਲੀਆ, ਹੈਪਾਟਾਇਟਸ, ਫਿਸਟੁਲਾ, ਬਵਾਸੀਰ ਜਾਂ ਗੈਸਟ੍ਰੋ - ਇੰਟੈਸਟਾਈਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਹੋਰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜ	☐	☐
(xii)	ਥਾਈਰਾਈਡ ਵਿਗਾੜ ਜਾਂ ਐਂਡੋਕ੍ਰਾਈਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਹੋਰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜ, ਵੱਧ ਕੋਲੈਸਟ੍ਰਾਲ/ਹਾਈਪਰਲੀਪੀਡੀਮਿਆ	☐	☐
(xiii)	ਕੀ ਹੇਠ ਵਿਚੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੁੱਝ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਹੋਈ ਹੈ - ਐਂਜੀਓਪਲਾਸਟੀ, ਬਾਈਪਾਸ ਸਰਜਰੀ, ਬ੍ਰੇਨ ਸਰਜਰੀ, ਦਿਲ ਵਾਲਵ ਸਰਜਰੀ, ਏਓਰਟਾ ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਇੰਦ੍ਰੀ ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵੀ ਵੱਡੀ ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਇਲਾਜ।	☐	☐
g)	ਉਪ੍ਰੋਕਤ ਬਿਆਨ ਨਾ ਹੋਈ ਹੋਰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਖਰਾਬੀ	☐	☐
4.	**ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ (ਤੁਸੀਂ) ਜੇ ਔਰਤ ਹੈ ਤਾਂ ਹੇਠਲੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:**		
a)	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਨਾਰੀ ਰੋਗ ਸੰਬੰਧਿਤ ਤਕਲੀਫਾਂ ਤੋਂ ਕਦੇ ਪੀੜਤ ਹੋਏ ਹੋ ਜਾਂ ਹੁਣ ਪੀੜਤ ਹੋ?		
b) i)	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ? ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹਫਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਦੱਸੋ ____________	☐	☐
ii)	ਕੋਈ ਜਟਿਲਤਾ, ਪੇਟ ਦਾ ਗਿਰਨਾ, ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਖਤਮ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਸਿਜ਼ੇਰਿਅਨ, ਜੇ ਲਾਗੂ	☐	☐
c)	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖਤ ਲਈ ਕਦੇ ਕੋਈ ਮੁਆਇਨਾ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਹੈ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਸਲਾਹ ਲਈ ਹੈ:		
i)	ਗਿੱਚੀ, ਬੱਚੇਦਾਨੀ, ਅੰਡਕੋਸ਼ ਜਾਂ ਯੋਨੀ ਦੀ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜ, ਖੂਨ ਦਾ ਅਸਧਾਰਨ ਵਗਣਾ, ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਅਸਧਾਰਨ ਵਿਕਾਸ	☐	☐
ii)	ਸਤਨ(ਾਂ) ਦੀ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਵਿਗਾੜ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਤਨ ਵਿੱਚ ਗੰਢ/ਫੋੜਾ, ਫਾਈਬ੍ਰੋਸਿਸਟਿਕ ਬਿਮਾਰੀ, ਨਿਪਲ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਜਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ, ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਵਿਕਾਸ	☐	☐
iii)	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ ਜਾਂ ਪੈਪਸਮੀਏਰ ਕਰਵਾਈ ਹੈ?	☐	☐

ਰਸੀਦ ਦੀ ਹਾਮੀ

ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਰਸੀਦ ਦੀ ਹਾਮੀ ਹੈ ਨਿਜੀ ਸਿਹਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਲਈ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ: ____________

ਮਿਤੀ: D D M M Y Y Y Y

ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਤਾ: ____________

ਮੋਹਰ
ਅਤੇ
ਸਮਾਂ

5. ਜੇ ਸਵਾਲ ਨੰ. 3 ਜਾਂ 4 ਦਾ ਜਵਾਬ 'ਹਾਂ' ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠਲਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ:

ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ/ਜਾਂਚ: ______________________

ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ / ਜਾਂਚ : ______________________

ਇਲਾਜ ਦੀ ਮਿਆਦ/ਲਭਤਾਂ: ______________________

ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ : ______________________

ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖਾਂ : ______________________

ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦਾ ਕਾਰਨ (ਬਿਮਾਰੀ, ਸੱਟ, ਆਦਿ)

6. ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਹੇਠ ਲਿਖਤ ਵਿਚੋਂ ਕੁੱਝ ਵੀ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿਆ ਸੀ?

ਪਦਾਰਥ ਦਾ ਸੇਵਨ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਇਸ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਿਆ	ਮਾਤ੍ਰਾ/ਦਿਨ	ਕਿੰਨੇ ਸਾਲਾਂ ਲਈ
ਤੰਬਾਕੂ			ਸਿਗਾਰ/ਸਿਗਰਟ/ਬੀੜੀ/ਗੁਟਖਾ		
ਸ਼ਰਾਬ			ਬੀਅਰ/ਦਾਰੂ/ਮਦਿਰਾ		
ਕੋਈ ਨਸ਼ਾ					

7. ਪਾਲਿਸੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ / ਪਿੱਛਲੀ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਕੀ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਨੇ ਆਪਣਾ ਪੇਸ਼ਾ, ਘਰ / ਧੰਦਾ ਬਦਲੀ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐

ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ, ਕੀ ਇਹ ਪੇਸ਼ਾ (ਉਦਾਹਰਨ, ਰਸਾਇਣਕ ਫੈਕਟਰੀ, ਖਾਣ, ਗੋਲਾ-ਬਾਰੂਦ, ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ, ਖੋਰਨ ਵਾਲੇ ਰਸਾਇਣਕ ਪਦਾਰਥ, ਆਦਿ) / ਧੰਦਾ (ਉਦਾਹਰਨ, ਏਵੀਏਸ਼ਨ, ਪੈਸੇ ਭਰ ਕੇ ਪਸੰਜਰ ਬਣ ਕੇ ਜਾਣ ਦੇ ਇਲਾਵਾ, ਗੋਤਾਖੋਰੀ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀ ਰੇਸਿੰਗ, ਆਦਿ) ਕਿਸੀ ਖਾਸ ਜੋਖਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ? ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ:

8. ਇਸ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ/ਪਿੱਛਲੀ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਬਾਅਦ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਨਾਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ(ਆਂ) ਲਈ ਹੋਰ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ/ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਕੀ ਅਵਸਥਾ ਹੈ?

ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ ਨੰ.	ਕੰਪਨੀ ਨਾਮ	ਦੇਣ/ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਸਾਲ	ਮੈਡੀਕਲ ਪਾਲਿਸੀ		ਸਲਾਨਾ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ (₹)	ਬੇਸਿਕ ਰਕਮ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ (₹)	ਬੇਸਿਕ ਪਲਾਨ-ਡਿਸੀਸ਼ਨ (ਐਸਟੀਡੀ /ਵਾਧੂ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ ਸਮੇਤ/ ਮੁਲਤਵੀ/ਇਨਕਾਰ/ ਅਧੂਰੀ)	ਰਾਈਡਰਸ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਡਿਸੀਸ਼ਨ ਦੱਸੋ (ਐਸਟੀਡੀ /ਵਾਧੂ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ ਸਮੇਤ/ਮੁਲਤਵੀ /ਇਨਕਾਰ/ਅਧੂਰੀ)	ਇਨ ਫੋਰਸ /ਲੈਪਸ ਹੋਈ (ਲੈਪਸ ਹੋਣ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਸਾਲ ਦੱਸੋ)
			ਹਾਂ	ਨਹੀਂ					

*ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਵੱਖ ਸ਼ੀਟ ਲਗਾਓ ਜੇ ਜਗ੍ਹਾ ਘੱਟ ਹੈ।

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਰਨ:

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਅਤੇ ਐਸੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਸਮੇਂ ਸਾਰੀ ਪਦਾਰਥੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਅਹਿਮੀਅਤ ਨੂੰ ਸਮਝਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬ ਅਤੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ / ਜੀਵਨਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਆਦਤਾਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਵਸਥਾ ਬਾਰੇ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਮੁਆਇਨਾਕਾਰ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਵੀ ਪਦਾਰਥੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਛੁਪਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕੋਈ ਪਦਾਰਥੀ ਸੱਚਾਈ ਦਬਾਈ ਹੈ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਬੀਮਾ ਸਲਾਹਕਾਰ, ਮੈਡੀਕਲ ਮੁਆਇਨਾਕਾਰ ਜਾਂ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ਿਯੁਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ ਦੇ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਆਕਤੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਬਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੀ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਜਵਾਬ ਜਾਂ ਬਿਆਨਾਂ ਨੂੰ ਤਬਦੀਲ ਕਰੇ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਜਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਅਦ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਵਲੋਂ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ / ਰਾਈਡਰ ਦਾ ਮਿਲਾਉਣਾ / ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ / ਸਿਹਤ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਲਈ ਜੋਖਮ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਵਸਥਾ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਪੇਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗਾ / ਕਰਾਂਗੇ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੁਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ ਨੂੰ ਅਧਿਕਰਨ ਦੇਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਬੀਮਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਸਮੂਹਕ ਅਵਸਥਾ ਦੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ / ਪੁਸਟੀ / ਮੁੜ-ਪੁਸਟੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਸਿਹਤ ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਸਮੇਤ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਜਾਂਚਾਂ, ਕਾਰਡੀਓਲੌਜੀ, ਰੇਡੀਓਲੌਜੀਕਲ ਤਫਤੀਸ਼ਕਾਰੀ ਅਤੇ ਜੀਵਾਣੂ, ਵਿਸ਼ਾਣੂ ਅਤੇ ਉੱਲੀ ਦੁਆਰਾ ਲਾਗ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਲਈ ਖੂਣ ਜਾਂਚਾਂ ਸਮੇਤ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂਚਾਂ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਈਐਲਆਈਐਸਏ ਤਰੀਕੇ ਦੁਆਰਾ ਐਚਆਈਵੀ 1/2 ਜਾਂਚ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਂਦਾ / ਦੇਂਦੇ ਹਾਂ। ਮੈਨੂੰ / ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕੇਵਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦੇ ਮਕਸਦ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਐਚਆਈਵੀ-ਏਡਸ ਦੀ ਪੁਸਟੀ ਲਈ ਨਹੀਂ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਸਮਝ ਗਏ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਲਈ ਮੇਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ, ਰੱਦ ਜਾਂ ਉਸ 'ਤੇ ਵਿਕਲਪ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।

ਕੰਪਨੀ ਇਸ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ ਹੇਠ ਜੋਖਮ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕਦੇ ਵੀ, ਮੈਂ /ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਪਿੱਛਲੇ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ(ਾਂ) / ਕਾਰੋਬਾਰ ਸਹਿਕਾਰੀਆਂ / ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ਾਕਾਰਾਂ / ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸ੍ਰੋਤ / ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ / ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਜਿਸਟਰ ਨੂੰ ਅਧਿਕਰਨ ਦੇਂਦਾ / ਦੇਂਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਇਹ ਕਿ ਕਿਸੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸ੍ਰੋਤ / ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ / ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਜਿਸਟਰ ਨੂੰ ਐਸਾ ਵੇਰਵਾ ਦੇਵੇ ਅਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ / ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਐਸਾ ਹੋਰ ਵੇਰਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇ ਜੋ ਢੁੱਕਵਾਂ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਡਕਟ ਜਾਂ ਸਰਵਿਸ ਸੰਬੰਧਿਤ ਪ੍ਰੋਮੋਸ਼ਨਲ ਸਮੱਗਰੀ ਮੈਨੂੰ / ਸਾਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ / ਪੇਸ਼ /ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੁਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ / ਸਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਅਤੇ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਪ੍ਰੋਡਕਟ ਦੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਆਨਤ ਅਨੁਸਾਰ, ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਮੁੜ-ਸਥਾਪਨਾ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਇੱਕ ਵੇਟਿੰਗ ਪੀਰੀਅਡ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗਾ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪ੍ਰਿਮਿਅਮ ਅਤੇ ਪਾਲਿਸੀ ਹੇਠ ਦੇਣ ਯੋਗ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਸਮੇਤ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਮੇਰੀ / ਸਾਡੀ ਜੀਵਨ / ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਬਣੇਗਾ।

ਮਿਤੀ: D D M M Y Y Y Y

ਸਥਾਨ: ______________________

ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ (ਜੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ)

ਘੋਸ਼ਣਾ

ਉਸ ਥਾਂ ਤੇ ਲਾਗੂ ਜਿੱਥੇ ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਅਨਪੜ੍ਹ ਹੈ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਕਾਰਨ ਉਸ ਦੇ ਲਿਖਣ ਦੀ ਸਮਰਥਾ ਸੀਮਤ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਨੇ ਦੇਸੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤਾ ਹੈ। (ਨੋਟ: ਇਸ ਦੀ ਗਵਾਹੀ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਸਲਾਹਕਾਰ/ਮੁਲਾਜ਼ਿਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ)।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਪੁਸਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਮੈਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ / ਅਸੀਂ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਪੁਸਟੀ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਜਵਾਬ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

ਗਵਾਹ / ਪ੍ਰਸਤਾਵਨਾ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ______________________ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ______________________

ਮਿਤੀ: D D M M Y Y Y Y

ਸਥਾਨ: ______________________

ਗਵਾਹ/ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਬੀਮਾਕ੍ਰੋਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ/ ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਦੇਸੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੰਬਰ 1860-266-7766 'ਤੇ ਕੱਲ ਕਰੋ (ਸਥਾਨੀ ਚਾਰਜ ਲਾਗੂ)

ਕੱਲ ਸੈਂਟਰ ਸਮਾਂ: ਸਵੇਰੇ 9 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ 9 ਵਜੇ ਤੱਕ। ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ਨਿਚਰਵਾਰ (ਰਾਸ੍ਟ੍ਰੀ ਛੁੱਟੀਆਂ ਦੇ ਇਲਾਵਾ)।

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ਸੰਚਾਰ ਪਤਾ:

ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੁਰੇਂਸ ਕੰ. ਲਿ., ਵਿਨੋਦ ਸਿਲਕ ਮਿਲਸ ਕੰਪਾਉਂਡ, ਚਕ੍ਰਵਰਤੀ ਅਸ਼ੋਕ ਨਗਰ, ਅਸ਼ੋਕ ਰੋਡ, ਕਾਂਦੀਵਲੀ (ਪੂ), ਮੁੰਬਈ- 400 101.