

సాక్షి అధికృతం:

ప్రతిపాదకుడు నిరక్షరాస్యుడైనప్పుడు లేదా అంగవైకల్యంతో బాధపడుతుండటం వల్ల రాయితీకాపాతంనప్పుడు లేదా ప్రతిపాదకుడు మాత్రం భాషలో సంతకం చేసినప్పుడు వర్తిస్తుంది. (గమనిక: అడ్వయిజర్/కంపెనీ ఉద్యోగి కాకుండా మరొక వ్యక్తి ఎవరైనా ఈ కింది దానికి తప్పకుండా సాక్షిగా ఉండాలి).

ఫారంలోని విషయాలు నాకు/మాకు స్పష్టంగా వివరించబడ్డాయని మరియు నేను/మేము వాటిని అర్థంచేసుకున్నానని/మని నేను/మేము ధృవపరుస్తున్నాను/ము. ఫారంలోని సమాధానాలు నేను/మేము ఇచ్చిన సమాచారం ప్రకారం సమోదయ చేయబడ్డాయని కూడా నేను/మేము ధృవపరుస్తున్నాను/ము.

_____ కుమారుడిని/కుమార్తెను అయిన నేను (సాక్షి పేరు) _____ వయోజనుడను మరియు గ్రామం _____ నివసిస్తున్న చోటు _____ మరియు (ప్రతిపాదకునితో గల సంబంధం) _____, ఇందుమూలంగా తెలియజేయనిది ఏమనగా ఫారంలోని విషయాలను నేను చదివాను మరియు శ్రీ/శ్రీమతి/మిస్ _____ కి వివరించాను మరియు అతను/ఆమె వీటిని అర్థంచేసుకున్నాను మరియు పాలనీ యొక్క నియమ నిబంధనలన్నిటికీ మరియు దీని క్లాజుకు కట్టుబడివుండటానికి ఇందుమూలంగా అంగీకరిస్తున్నాను. నేను దీనిలో పైన తెలియజేసినదంతా నాకు బాగా తెలిసినంత వరకు మరియు విశ్వాసం మేరకు నిజమని మరియు కరెక్టు అని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. దీనిపై _____ లో అప్పడప్పుడు పునరుద్ధాటించాను.

చిరునామా _____

సాక్షిని సంప్రదించవలసిన సంఖ్య _____ వన్ లైన్ _____ నివాసం _____ వన్ లైన్ _____ కార్యాలయం _____ వక్స్ టెన్షన్ _____ ఐఎన్ డి _____ మొబైల్ _____

తేదీ [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] _____ సాక్షి సంతకం _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం/టోటనవేలి ముద్ర _____

*** అయిన ఖర్చుల రకాలు మరియు కావలసిన పత్రాలు**

1. వైద్య బీమా కింద కవర్ చేయబడి పరిమితికి మించిన హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు	ఆసుపత్రి బిల్లు ఫోటోకాపీలు + వైద్య బీమా కంపెనీ నుంచి డిక్లరేషన్
2. వైద్య బీమాచే కవర్ చేయబడని హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు	ఒరిజినల్ బిల్లులు + కస్టమర్ నుంచి డిక్లరేషన్
3. వైద్య సంరక్షణలో భాగంగా సహా చెల్లింపులు	ఆసుపత్రి బిల్లులు + కస్టమర్ నుంచి డిక్లరేషన్ (ఐసిఐఐఐ ప్రు ఫార్మాట్) అయితే ఫోటోకాపీలు + సహా చెల్లింపు సామ్మును మినహాయించునట్లుగా తెలియజేస్తూ వైద్య బీమా కంపెనీ నుంచి డిక్లరేషన్
4. మందులు మరియు ఔషధాలు + వైద్య పరికరాలు, రోగినిర్ధారణ ఖర్చులు, దంత ఖర్చులు, డాక్టరు సందర్శనలు	ఒరిజినల్ బిల్లులు + కస్టమర్ నుంచి డిక్లరేషన్ (ఐసిఐఐఐ ప్రు ఫార్మాట్)

ఎలక్ట్రానిక్ పేఅవుట్ ఆఫ్సన్ (మీ బ్యాంకు అకౌంట్ కి నేరుగా డబ్బు బదిలీచేసేందుకు) దయచేసి ఈ ఫారంతో పాటు క్యాస్నెట్ చెక్కు/ చెక్కు కాపీ సమర్పించండి.

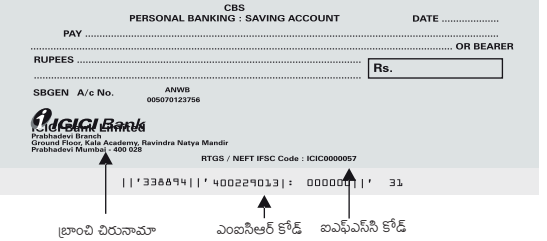
అకౌంట్దారుని పేరు _____ (బ్యాంకు అకౌంట్లో పేరొస్తట్లుగా) _____ బ్యాంకు పేరు _____ బ్రాంచి పేరు మరియు చిరునామా _____

జిఎస్ అకౌంట్ నం. _____

ఎంఐఎస్ కోడ్ _____

* బ్యాంకుచే జారీచేయబడిన చెక్కుపై ఉన్నట్లుగా 9 అంకెల కోడ్. ఎంఐఎస్ కోడ్ని వెబ్సైట్ చేసేందుకు దయచేసి క్యాస్నెట్ చెక్కు కాపీని జతచేయండి.

అకౌంట్ రకం కరెంటు అకౌంట్ సేవింగ్ అకౌంట్



ఈ ఫారంలో ఎంచుకోబడిన పేఅవుట్ పద్ధతిని క్లెయిమ్ దారునికి చేసే చెల్లింపు (ల)ని నిర్ధారించుకుంటుంది. పేఅవుట్లు పాలనీ యొక్క నియమ నిబంధనల ప్రకారం ఉంటాయి. ఎలక్ట్రానిక్ పేఅవుట్ పద్ధతిని ఎంచుకున్నప్పటికీ డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/పేయబుల్ ఎట్ ఫార్ చెక్కుతో సహా, ప్రత్యామ్నాయ పేఅవుట్ ఆఫ్సన్ దీనివేనా ఉపయోగించుకునేందుకు కంపెనీకి హక్కు కలదు. ఐఎస్ఎస్ఐ కోడ్ని ఇవ్వవలసిన బాధ్యత కస్టమర్ పై ఉంటుంది. ఆర్టిజిఎస్ఐ ఐఎస్ఎస్ఐ కోడ్ మరియు ఎన్ఐఎస్ఐఐఐ ఐఎస్ఎస్ఐ కోడ్ భిన్నంగా ఉండొచ్చని దయచేసి గమనించండి. నా బ్యాంకు అకౌంట్లో జమకాకపోతే లేదా లావాదేవీ జాబ్బుమైతే లేదా అసంపూర్ణ/కరెక్టుకాని సమాచార కారణాలతో అన్యలు అమలుజరగకపోతే, నేను ఐసిఐఐఐ ప్రుడెన్షియల్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ని నేను బాధ్యురాలును చేయను.

X **యజమాని/ప్రతిపాదకుని సంతకం** _____ స్థలం: _____ తేదీ: _____ DD/MM/YYYY

కార్యాలయం ఉపయోగించేందుకు మాత్రమే (బ్రాంచి ఆఫీసర్లకు)
పాలనీ సంఖ్య _____ **తేదీ** [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] _____
పాలనీదారుని పేరు _____
ఒరిజినల్ పత్రాలు సమర్పించారా అవును లేదు
ఉద్యోగి పేరు మరియు కోడ్ _____
స్వార్సైక్లెట్ ఐడి: _____



'2012, ఐసిఐఐఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం: ఐసిఐఐఐ ప్రులైఫ్ టవర్, 1089, అప్పాసాహెల్ మదారే మార్గ్, ప్రభాదేవి, ముంబయి- 400 025, రిజిస్ట్రేషన్ నం - 105, బీమా అనేది అభ్యర్థనకు లోబడి ఉండే విషయం, UIN-105N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

దయచేసి మా కస్టమర్ సర్వీసు సంఖ్య 1860-266-7766కి కాల్ చేయండి (స్థానిక చార్జీలు వర్తిస్తాయి)
 కాల్ సెంటరు సమయాలు: ఉదయం 9.00 నుంచి రాత్రి 9.00 గంటల వరకు. సోమవారం నుంచి శనివారం వరకు (జాతీయ సెలవు దినాలు మినహా)