

URN : 013

1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்:

தலைப்பு, பெயர், பிறந்த தேதி, பாலினம், ஆண், பெண், வேறு, குடியரிமை, தற்போதைய முகவரி, மைல்கள், நகரம், மாநிலம், மின்னெண், மின்னஞ்சல், CNC எண் (விருப்பினால்), ஆண்டு வருமானம் (ரூ), தொழில், சம்பளம் பெறுபவர், சயந்தாரி, மாணவர், இல்லத்தரசி, மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும், பிரிவிமை செய்ததாயது, முன்மொழிபவருடனான உறவு

நான் அனைத்து விதிமுறைகளையும் படித்தேன். பரிந்துரைகளை மீறும் ஏற்றுக்கொண்டேன் & இதன்மூலம் நிவா பூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் அல்லது அதன் முகவர்கள் மூலமாக அல்லது முன்னாள் தரப்பு (என்) / துணை நிறுவனங்கள் என்னை வாட்பாடும் / SMS / மின்னஞ்சல் / தொலைபேசி / பேஸ்புக் அல்லது வேறு எந்த முறைகளிலும் தொடர்பு கொள்ள அரசாங்கம் அளிக்கிறதென்ற வரம்பில் அனுப்புகள் / SMS / சேவை அனுப்புகள் / SMS அல்லது வேறு ஏதேனும் வணிக தகவல்களைப் பெறும் எனது உறவு, செய்து எது பதிவு செய்யப்பட்ட தொலைபேசி எண்ணில் பெற ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

நீங்கள் அல்லது முன்மொழிபப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாராவது FTA ஆக இருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

FTA அர்த்தம்: ரிதியாக அம்பலப்படுத்தப்பட்ட நபர்கள் (FSA) என்பது மதநிய அல்லது மாதிரி அரசின தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசாங்க, நீதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், கடலியின் முக்கிய அதிகாரிகள் போன்ற முக்கிய பொது செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டுள்ள அல்லது ஈடுபடக்கூடிய நபர்கள் ஆவர். நீங்கள் FTA க்கு எதிராக டீக் செய்யலானால், தயவுசெய்து தனி FTA களை விதிகளை நிரப்பவும்.

பாலிசி விட்டின் தேர்வு நகல் உங்களுக்கு வேண்டுமா: ஆம் இல்லை

வகி விவரங்கள்: வகியின் பெயர், கணக்கு எண், FSC குறியீடு, கணக்கு வகை, சேமிப்பு, கர்ரன்ட், மனை, நகரம்

மின்னணு காப்புக் கணக்கு (EA) விவரங்கள்: இந்த பாலிசியை இன்சூரன்ஸ் கணக்கில் வரவு வைக்க விரும்புகிறீர்களா? (தயவு செய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்) ஆம், இந்த பாலிசியை என்ன மின் காப்புக் கணக்கில் வரவு வைக்கவும்

ஆம் எனில், தற்போதுள்ள மின் காப்புக் கணக்கு எண்ணைப் பகிரவும்.

தயவுசெய்து காப்புக் கணக்கு எண் பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்): 1. NSDL, 2. CIL, 3. KARVY, 4. CAMS (தயவு செய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

அல்லது: என்னிடம் ஏற்கனவே இன்சூரன்ஸ் கணக்கு இல்லை மற்றும் ஒரு பதிவு இன்சூரன்ஸ் கணக்கை உருவாக்க ஆர்வமாக உள்ளேன் (தொடர்புடைய ஆலோசனைகளுடன் மின்னணு காப்புக் கணக்கு திறப்பு படிவத்தை (EA படிவம்) சமர்ப்பிக்கவும்).

2.கவரேடு தேர்வு:

பெயர்: [] ஆம் [] இல்லை ("ஆம்" என்றால், தயவுசெய்து தனி பெயர்வகுதிற் படிவத்தையும் நிரப்பவும்).

தயவுசெய்து தொடர்புடைய பெட்டிகளைக் குறிப்பிடுக:

அடிப்படை கவரேடு:

காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை: (ரூபா) [] 50,000 [] 1 லட்சம் [] 1.5 லட்சம் [] 2 லட்சம் [] 2.5 லட்சம் [] 3 லட்சம் [] 3.5 லட்சம் [] 4 லட்சம் [] 4.5 லட்சம் 5 [] லட்சம்

[] 5.5 லட்சம் [] 6 லட்சம் [] 6.5 லட்சம் [] 7 லட்சம் [] 7.5 லட்சம் [] 8 லட்சம் [] 8.5 லட்சம் [] 9 லட்சம் [] 9.5 லட்சம் [] 10 லட்சம்

கவரேடு வகை: [] தனிநபர் அடிப்படையில் [] உபயோகிப்பாளர் அடிப்படையில்

காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய உயிர்கள் எண்ணிக்கை: பெரியவர்கள் _____ குழந்தைகள் _____

பிரிவுப் பகுதி மூன்று: [] ஆண்டுக்கு [] அரை ஆண்டு [] காலாண்டு [] மாதாந்திர

3.காப்பீட்டிற்கு விண்ணப்பித்தவர்களின் விவரங்கள்:

விண்ணப்பதாரர் 1	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			
விண்ணப்பதாரர் 2	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			
விண்ணப்பதாரர் 3	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			
விண்ணப்பதாரர் 4	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			
விண்ணப்பதாரர் 5	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			
விண்ணப்பதாரர் 6	பெயர்	[]																			
	பாலினம்	[] ஆண்	[] பெண்	[] வேறு	உயரம்	[] (அடி)	[] (அங்குலம்)	எடை	[]	[] (பவுண்ட்)											
	வயதில்லை	[] (அங்குலம்)	பிறந்த நாள்	[]										இந்தியன் இல்லைபெற்றால் குறிப்பிடுக	[]						
	உறவு:	வாழ்க்கைத் துணை	[]	மகன்	[]	மகள்	[]	தந்தை	[]	தாய்	[]	மாமனார்	[]	மாமியார்	[]						
	மூலக்கூறுகள்	[]																			

4. நியமனம்

முன்னொதுபவர் இறந்தபின்னர், பாவிசியின் சிபி செஷத் வேண்டிய எந்தவொரு பணமும் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நியமனதாரருக்கு செலுத்தப்படும். நியமனதாரர் அத்தகைய பணத்தைப் பெறுவது பாவிசியின் சிபி நிறுவனத்தின் பொறுப்பு நிறைவேற்றுவதாகும். மற்ற அனைத்து விண்ணப்பதாரர்களுக்கும் நியமினி செய்பவர் முன்னொதுபவராக இருப்பார்.

நியமினி செய்பவர்	பிறந்த நாள்	முன்னொதுபவருடனான உறவு	நியமினிவின் முகவரி, மொனபஸ் எண் மின்னஞ்சல் ம	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமினி 18 வயதுக்கு குறைவாக இருக்காது)

நியமினிவின் வசூலி விவரங்கள்: பயனாளியின் பெயர்: _____

வசூலியின் பெயர்: _____ கணக்கு வகை: _____ சேமிப்பு: _____ கர்ரென்ட்: _____

கணக்கு எண்: _____ IFSC குறியீடு: _____

5. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடந்த முன்னொதுபவ தகவல்

முகவியாளரது இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையாகவும் முழுமையாகவும் பதிலளிக்கப்படுவதை உறுதிசெய்க, ஏனெனில் நீங்கள் இங்கே வழங்கும் தகவல்கள் நிவா யூபாவின் எழுத்துமுதியின் அடிப்படையே உருவாக்கும். முழுமையற்ற, தவறான, பகுதியளவு சரியான தகவல் உங்கள் மருத்துவ உரிமைகோரல் மற்றும் அல்லது பாதுகாப்புப் பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

பிரிவு A: மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றிய தகவல்களைப் பகிரவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ஒவ்வொரு விண்ணப்பதாரரிக்கும், பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்.										
i. நீங்கள் எப்போதாவது 5 நாட்களுக்கு மேலாக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா, ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சைக்கு உட்படுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா / அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா / 14 நாட்களுக்கு மேலாக ஏதேனும் அறிவுறுத்திக் கொண்டிருக்கிறீர்களா? மருந்துகளில் இன்ஹைலர்சர், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் மெற்பூசு பயன்பாடுகள் ஆகியவை அடங்கும் ஆனால் அவை மட்டுமே அல்ல.	Y		Y			Y		Y		Y
ii. கைராசூடு விவரம், கொழுப்பு விவரம், டிரெமியல் சோதனை, ஆக்ஸிஜனாகிராமட்டி, எக்ஸ்கார்டிரோயாகிராமட்டி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், CT ஸ்கேன், MRI, பயாபீஸி மற்றும் FNAC போன்ற நெயர்நீர் சோதனைகள் அல்லது பரிசோதனைகளில் எப்போதாவது பாதகமான கண்டுபிடிப்புகள் ஏற்பட்டுள்ளனவா?	Y		Y			Y		Y		Y
iii. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் அல்லது நீரிழிவுக்கு முந்தைய நிலை உள்ளதா அல்லது உங்களுக்கு எப்போதாவது உயர் இரத்த சர்க்கரை இருந்ததா?	Y		Y			Y		Y		Y
iv. உங்களுக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் உள்ளதா?	Y		Y			Y		Y		Y
v. உங்களுக்கு முன்பே இருக்கும் நோய்கள் / நிலைமைகள் ஏதேனும் உள்ளதா?	Y		Y			Y		Y		Y
நீங்கள் எப்போதாவது ஏதேனும் மரபணு / பரம்பரை கோளாறுகள் அல்லது சீ.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் நோயறிதல் அல்லது சிகிச்சை பெற்றிருக்கிறீர்களா? நாம்.	Y		Y			Y		Y		Y
நீங்கள் எப்போதாவது ஏதேனும் மன/மனநல கோளாறுகள் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டிருக்கிறீர்களா அல்லது சிகிச்சையளிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா? ஏழாம்.	Y		Y			Y		Y		Y
vi. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுள் காப்பீடு, உடல்நலம், மருத்துவமனை இனசரி நொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் எப்போதாவது நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றப்பட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	Y		Y			Y		Y		Y

பிரிவு B: விண்ணப்பதாரர் புகைப்பிடித்தல் அல்லது புகையிலை / குடகா / பாஸ் மசாலா அல்லது ஆல்கஹால் உட்கொண்டால் மட்டுமே இந்த பிரிவை நிரப்பவும்	i. மெல்க்கடிய புகையிலை/குடகா/ பாஸ் மசாலா ஆம் என்றால், ஒரு நாளைக்கு எத்தனை பைசை என்பதைக் குறிப்பிடவும்		ii. ஆல்கஹால், ஆம் எனில், வாரத்திற்கு எவ்வளவு குடிப்பீடு		iii. சிகரெட் / டீடி / சூட்டி ஆம் எனில், ஒரு நாளைக்கு எவ்வளவு எதனை என்பதைக் குறிப்பிடவும்	
	1-10	>10	<= 450	>450	1-10	>10
விண்ணப்பதாரர் 1						
விண்ணப்பதாரர் 2						
விண்ணப்பதாரர் 3						
விண்ணப்பதாரர் 4						
விண்ணப்பதாரர் 5						
விண்ணப்பதாரர் 6						

10. பிரிமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரிமியம் செலுத்தும் விருப்பம்: கார்போரேட் கர்னல் டிராப்ட் டிராப்ட்

கரெட்டி கார்ட்: டெபிட் கார்ட்: ரெட் டெபிட்

பணம்: மற்றவை:

பிரிமியம் தொகை:

ஆன்வைஸ் கட்டண பரிவர்த்தனை:

தேதி:

வங்கியின் பெயர் / கிளை:

நிவாரண கிளை இடம்:

குறியீடு இலக்கம்:

வணிக ஆதாரம்:

ஆலோசகர்/நாப்டர்/பிரிமியம் டிபன்சரி/ஏஜன்சியின் பெயர்:

குறியீடு இலக்கம்:

பெயர்:

முன்மொழிவு பெறப்பட்ட தளம்:

வாடிக்கையாளர் ID:

11. பாங்காருளர் சேலுக்கான கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு: 59 குறியீடு:

RM / 16 குறியீடு:

வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண்:

12. காப்பீட்டு ஆலோசகரின் அறிக்கை (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

1. நீங்கள் முன்மொழிவுகளைத் தொடர்புடையவர்? ஆம் / இல்லை; ஆம் எனில், உறுதி தள்ளுமா?

2. முன்மொழிவுகளை எவ்வளவு காலமாக உங்களுக்குத் தெரியும்? மாதங்கள்

3. முன்மொழிவுகளை அடையாளம் காணும் திறன் திருப்தி அடைகிறீர்களா? ஆம் இல்லை

4. முன்மொழிவுகளை அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஏதேனும் உடல் குறைபாடு / குறைபாடு அல்லது மனவளச்சி குன்றியுள்ளாரா? ஆம் இல்லை

5. முன்மொழிவுகளை பாஸிவ்வின் விதிமுறைகள், பதப்படுத்தல்களை நிபந்தனைகள், விவகாரங்கள், பாஸிவ்வின் காத்திருப்பு காலகாலம் மற்றும் முன்மொழிவுகளை தனிப்பட்ட முறையில் சுகாதார அறிவிப்பு பூர்த்தி செய்துள்ளாரா? ஆம் இல்லை

6. தார்பீக ஆபத்து உட்பட்ட அனைத்து காரணிகளையும் கருத்தில் கொண்டு இந்த முன்மொழிவு படிவத்தை ஏற்றுக்கொள்ள பரிந்துரைக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

7. முன்மொழிவுகளுக்கு விருப்பு வெறுப்பின் ஆலோசனை வழங்கியுள்ளாரா மற்றும் முன்மொழிவுகளை தளம் நல்லுக்கு உகந்த சிறந்த காப்பீட்டில் முடிவெடுக்க அனைத்து தகவல்களையும் வழங்கியுள்ளாரா? ஆம் இல்லை

தேதி: காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்:

13. சட்டரீதியான சச்சரிக்கை

தள்ளுபடிக்காத தடை செய்யத் (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 இன் பிரிவு 41 இன் கீழ்)

1. இந்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான இடப்பாடு தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை ஏடுக்க அல்லது பத்திரிகை அல்லது தொடர்பு எந்தவொரு நபருக்கும் ரேவ்யூவாடொ மறைமுகமாகவோ துண்டுதலாக, செலுத்த வேண்டிய கட்டிய முழுமையான அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாஸிவ்வின் காட்டப்பட்டிருக்கிற பிரிமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது, காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவல்களை அல்லது அட்டவணைகளின் படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாஸிவ்வின் ஏடுக்கும் அல்லது பத்திரிகை அல்லது தொடர்பும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது.

2. இந்தப் பிரிவின் ஏற்பாடுகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்திரிகை வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

1 4 ABHA ID

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களுடைய ABHA ID உள்ளதா?		ABHA ID	பரிவர்த்தனை ஒப்புதல்	
	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை		உடல் மருத்துவ பதிவுகள்	ABHA மூலம் காப்பீட்டாளர்/நாகர்
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை

15. பணத்தைத் திரும்பப் பெறும் மற்றும் உரிமைகோரக்கான செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்: வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்:

வங்கியின் பெயர்: IFSC:

ஆர் திரும்பப்படுகிறது, அது சரியானது என்று நான் உண்டேன். கணக்கு எண்:

கணக்கு வகை:

நிவாரண இடத்தை இணைக்க கம்பெனி விவரம்:

பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லுப்த் நகர், பகுதி 1, புது தில்லி 110024

பொதுப்புத் தர்ப்பு: காப்பீட்டு என்பது தேவையின் பொருள்: நிவாரண இடத்தை இணைக்க கம்பெனி விவரம் (முன்னர் மேகஸ் பொருள் இணைக்க கம்பெனி விவரம்) என அறியப்பட்டது (RBI பதிவு எண்: 145)

புது மருத்துவ இடம்: லோகோ அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமையின் கீழ் நிவாரண இடத்தை இணைக்க கம்பெனி விவரம் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் தொடர்பு: 1860-5000-8888

வலைத்தளம்: www.nvabpa.com, CN: U66000DL2008PC182918

Big 5 in South Africa and the world

நிவா பூரா உங்களுக்கு ஆரோக்ய சஞ்சீவனி பாவினியை வழங்குகிறது. இது உங்களுக்காக வடிவமைக்கப்பட்ட அனைத்து முக்கிய நன்மைகளையும் கொண்ட ஒரு கவனம் செலவு செய்யப்பட்ட திட்டமாகும். இந்த பாவினி எந்த வகையான மருத்துவமனை உள்ளிருப்பி சிகிச்சை, பல்வேறு பராமரிப்பு சிகிச்சைகள் மற்றும் மருந்து சிகிச்சைகளுக்கு உங்களை விவரங்களையும் படிக்கின்றது உங்களை ஊக்குவிக்கிறது.

நிவா பூரா உங்களுக்கு ஆரோக்ய சஞ்சீவனி பாவினியை வழங்குகிறது. இது உங்களுக்காக வடிவமைக்கப்பட்ட அனைத்து முக்கிய நன்மைகளையும் கொண்ட ஒரு கவனம் செலவு செய்யப்பட்ட திட்டமாகும். இந்த பாவினி எந்த வகையான மருத்துவமனை உள்ளிருப்பி சிகிச்சை, பல்வேறு பராமரிப்பு சிகிச்சைகள் மற்றும் மருந்து சிகிச்சைகளுக்கு உங்களை உண்டாக்குகிறது.

பாவினி ஒப்பந்தத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சில வரம்புகள் மற்றும் விவரங்களுக்கு உட்பட்டு, உங்கள் பாவினி பின்வரும் உள்நடைக்கப்பட்ட நன்மைகளைக் கொண்டுள்ளது:

- அறை வாடகை மற்றும் திரையூக்கல்கள் உட்பட ஒரு மருத்துவமனையில் உள்நோயாளி பராமரிப்பு.
- அறை வாடகை வரம்புகள்: அறை வாடகை, காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 2% வரை, ஒரு நாளைக்கு அதிகப்படும் ரூ.5,000 வரை. - ICU/CCU: காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 5% வரை, ஒரு நாளைக்கு அதிகப்படும் ரூ.10,000 வரை.
- அனைத்து பல்வேறு பராமரிப்பு சிகிச்சைகளும் காப்பீடு செய்யப்படுகின்றன.
- சாலை ஆம்புலன்ஸ் ஒரு மருத்துவமனை சிகிச்சைக்கு ரூ.2,000 வரை கட்டணமாக வசூலிக்கப்படுகிறது.
- ஆய்வு சிகிச்சைகள் (உள்நோயாளி பராமரிப்பு மட்டும்).
- மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுவதற்கு 30 நாட்களுக்கு முன்பு வரை மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு முன்பு.
- மருத்துவமனையிலிருந்து டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்ட நோயாளிகள் வரை மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட பிறகு.
- வாப்பலி சீமென்ட்ரேபி, ரேசினோடிக் அழைவ சிகிச்சைகள் உள்ளிட்ட நவீன சிகிச்சைகள் காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 50% வரை காப்பீடு செய்கின்றன.
- கண்மூல அழைவ சிகிச்சை காப்பீட்டுத் தொகையில் 2% வரம்பு வரை ஒரு கண்ணுக்கு அதிகப்படும் ரூ.40,000 வரை காப்பீடு செய்யப்படுகிறது. இந்த நன்மை 24 மாதங்களின் குறிப்பிட்ட காலதவிர்ப்பு காலத்திற்குப் பிறகு கிடைக்கிறது.
- ஒவ்வொரு கோள் இலக்சு பாவினி ஆண்டிற்கும் 5% ஒட்டுமொத்த பொன்ஸ், காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் அதிகப்படும் 50% வரை. இழப்பீடு கோள் என்ன, திரட்டப்பட்ட தட்டுமாதத் தொன்ஸ் அந்த விதத்தில் குறைக்கப்படும்.

பாவினியின் படி பின்வரும் காலதவிர்ப்பு காலங்கள் பொருத்தம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்:

- பாவினி தொடங்கப்பட்ட இலிருந்து 30 மாதங்களுக்கு முன்பே இறக்கும் நோய் காலதவிர்ப்பு காலம் மற்றும் தொடர்ச்சியான புதுப்பித்தல்களுக்கு உட்பட்டது. விபத்து அல்லாத சிகிச்சை தேவைப்படாவிட்டால், ஆரம்ப காலதவிர்ப்பு காலம் 30 நாட்கள், இது நாள் 1 முதல் காப்பீடு செய்யப்படுகிறது.
- எங்களுடன் முதல் பாவினி தொடங்கப்பட்ட இலிருந்து 24 மாதம் 48 மாதங்கள் குறிப்பிட்ட காலதவிர்ப்பு காலம், பாவினி ஒப்பந்தத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சில நிபந்தனைகளுக்கு, நிபந்தனை நேரடியாக விபத்தால் ஏற்பட்டிருந்தால் தவிர முதல் 1 முதல் காப்பீடு.

பாவினி ஒப்பந்தத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள படி நிவாபூரா விவரங்கள் பொருத்தம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும். கூடுதலாக, மருத்துவ மதிப்பீட்டின் அடிப்படையில், சில குறிப்பிட்ட விவரங்கள் உங்கள் பாவினிக்கும் பொருத்தக்கூடும்.

உங்கள் பாவினியின் மற்ற முக்கிய அம்சங்கள் பின்வருமாறு:

- நீங்கள் ஒரு தனிநபர் அல்லது குடும்பத்திற்காக பாவினியை எடுக்கலாம். இந்த பாவினியின் சீழ் அனுமதிக்கப்பட்ட குடும்ப உறுப்பினர்கள் சுய, மனைவி, குழந்தைகள், பெற்றோர் மற்றும் மாமனார் மாமியார், உறுப்பினர்களை சேர்ப்பது அல்லது நீக்குவது புதுப்பித்தலின் பொது மட்டுமே செய்யப்பட வேண்டும்.
- தேர்தல்களுக்கு உட்பட்ட காப்பீட்டுத் தொகை தனிப்பட்ட அடிப்படையில் இருக்கலாம் (அதாவது அனைத்து உறுப்பினர்களுக்கும் தனித்தனி சமமான காப்பீட்டுத் தொகை) அல்லது டாடோலர் அடிப்படையில் (அதாவது அனைத்து உறுப்பினர்களிடையேயும் பகிரப்பட்ட அந்த காப்பீட்டுத் தொகை).
- அனைத்து உரிமைகோரல்களும் 5% இணை கட்டணத்திற்கு உட்பட்டவை.
- ஆண்டு அளவானது, கவனம் மட்டு மற்றும் மாதந்திர பிரீமியம் செலுத்தும் முறைகள் பாவினியின் சீழ் கிடைக்கின்றன. மாதந்திர முறையில், இரண்டாவது பாவினி மாதந்திரமான பிரீமியத்தை முதல் மாத பிரீமியம் தவணையின் செலுத்த வேண்டும். அதன்பிறகு, வழக்கமான மாதந்திர பிரீமியம் முள்ளாவது பாவினி மாதத்திலிருந்து செலுத்தப்பட வேண்டும். வருடாந்திர முறை தவிர அனைத்து பிரீமியம் செலுத்தும் முறைகளுக்கும் ACH / S கட்டாயமாகும். ஒருமுறை தேர்வு செய்யப்பட்ட பிரீமியம் செலுத்தும் முறையை, ஒரு வருட பாவினி காலத்தின் முடியில் மட்டுமே மாற்ற முடியும்.
- இழப்பீடு கோரும் விஷயத்தில், மாதந்திர அல்லது காலாண்டு அல்லது அரைமாண்டு பிரீமியம் செலுத்தும் முறை தேர்தல்களுக்கு உட்பட்டால், பாவினி ஆண்டிற்கு செலுத்த வேண்டிய பீதமுள்ள பிரீமியம் அனுமதிக்கப்பட்ட கோள் தொகையிலிருந்து கழிக்கப்படும்.
- உங்கள் உறுப்பினர்களுக்கும் மற்றும் உரிய பிரீமியத்தை சரியான நேரத்தில் செலுத்துவதற்கு உட்பட்டு உங்கள் பாவினியின் வாழ்நாள் முழுவதும் புதுப்பித்தல்.

இந்த இடம் வண்ணமென்றே காண்பாக விட்டபட்டுள்ளது

- உங்கள் வயது வரம்பின் அடிப்படையில் உங்கள் பூதப்பித்தல் பிரிமியம் அதிகரிக்கும், ஆனால் உங்கள் கோல் அனுபவித்தீர் அடிப்படையில் மாறாது. தயாரிப்புக்கான பூதப்பித்தல் பிரிமியம் விவரங்கள் RMA ஒப்பந்தத்தை உட்படுத்தும் மற்றும் அவ்வப்போது பொருத்தக்கூடிய RMA இன் விதிகள் மற்றும் ஒழுங்குமுறைகளின்படி எதிர்காலத்தில் இருத்தப்படலாம்.
- ஒருவேளை உங்கள் முன்மொழிவு வழங்கலுக்காக திராசுரிக்கப்பட்டால், பாலிசிக்கி முத்தவை மருத்துவ பரிசீலனைக்கான (PMV) செலவின் 100% தொகையை நீங்கள் ஏற்க வேண்டும்.
- இலவச கோல் ஏற்பாடு பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளை நீங்கள் ஏற்கவில்லை என்றால், பாலிசி ஆவணம் இடைக்கால 15 நாட்களுக்குள் தொலைநகர் நகர்த்தப்படுகிறது. மூலம் பாலிசி விடுகப்பட்டிருந்தால் 30 நாட்கள் பாலிசி மீட்டர் செயல்படும். மருத்துவ பரிசீலனை, முத்தவை வரி மற்றும் காப்பீட்டு காலத்திற்கான விவரங்கள் ஆகியவை பரிசீலனை செய்யப்படும். பாலிசியின் விதிமுறைகளை கட்டணங்களைக் கழித்த பிறகு பிரிமியம் இருப்பித் தரப்படும். பாலிசியை பூதப்பிக்கும் நேரத்தில் டிராசுரி விடுவதற்கான தரப்படும். பாலிசியை பூதப்பிக்கும் நேரத்தில் டிராசுரி விடுவதற்கான தரப்படும்.

குறிப்புகள்:
பிரிமியம்: நிவா பூதா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என்ற பெயரில் பாதுகாப்பான கட்டண முறை மூலம் பிரிமியம் தொகையை பெறும். செயல்பாட்டில் உள்ள பாலிசிகள்: ஏதேனும் கேள்வி அல்லது உரிமைகோரல் இருந்தால், தயவுசெய்து எங்கள் வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்லைன் எண்: 1800-500-8888 ஐ தொடர்பு கொள்ளவும். அல்லது உங்கள் பாலிசி அமைப்புகள், சேவை அமைப்புகள் அல்லது வேறு எந்த தகவல்களையும் (மின்னணு அல்லது வேறு) செய்ய நினைவதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் அங்கீகரிக்கிறேன்.

பூதப்பித்தல் கட்டண பதிவு

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாலிசியின் பூதப்பித்தல் பிரிமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்டோமேட்டட் கிளியரிங் ஹவுஸ் (ACH) / நிவாயாளர் அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நினைவத்துடன் தொடர்புவதன் மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாலிசியை உடனடியாக பூதப்பிக்கலாம், ஆனால் நினைவத்திற்கு தேவைப்படும் அனைத்து கட்டுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். இது உங்கள் பாலிசி பலன்களை தொடர்ச்சியாக உறுதி செய்யும்.

நான் ACH-ஐ பூதப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விருப்பமிருக்கிறேன்.

தேதி: _____

முன்மொழிவுவரின் கையொப்பம்: _____

இடம்: _____

முன்மொழிவுவரின் பெயர்: _____

நிவா பூதா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்
பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: CA, முதல் தளம், 100-100 தென் பத்தி 1
பூதா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட், என அறியப்பட்டது (RMA பதிவு எண்: 145) பூதா மற்றும் "ஹெல்த்" போலீசு அந்தர்ப்ப
உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வந்தக முத்தவைகள் மற்றும் உரிமையாளர் நிவா பூதா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன.
வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்லைன்: 1800-500-8888, வலைத்தளம்: www.nvabpa.com, CNA US600001208PCL12318, இதுமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள்,
விவரங்கள், அபாயக் காரணிகள், கந்திக்குடல் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கருத்து விவரங்களுக்கு, வாங்குகின்ற முன்பு, விருப்பத்தை சிறந்தபட்ச கவனமாகப் படிக்கவும்.

நினைவத்தின் ஒப்புதல்

விண்ணப்ப எண்: _____

தேதி: _____

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை காசோலை / கேட்பு வரைவாலை / மற்றவர்கள் _____ செயல்
தேதி: _____ உத்தரவை நான் உறுதிப்படுத்துகின்றேன். இது உங்கள் ஒரு நினைவு செய்யப்பட்ட
முன்மொழிவை எங்களுக்கு சமர்ப்பிப்பதற்காக அல்லது பாலிசி வழங்குவதற்காக செய்யப்பட்ட எந்தவொரு பணம் செலுத்தலோ ஒரு பாலிசியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள எங்கள் கட்டாயப்படுத்தாது. அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள்
தனிப்பட்ட மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவை நான் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது மற்றும் பிரிமியம்
எங்கள் முன்மொழிவை சரிபாண நேரத்திலும் பெறப்படவில்லை. அல்லது உண்மையில் என்னால் எங்களுக்கு நகர்த்தப்படும் இதுக்கான. நான் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், உட்க இல்லாமல் உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ பரிசீலனைகளின் செலவு, ஏதேனும் இருந்தால், கழித்த பிறகு உங்களுக்குத் தெரிவிக்க
கட்டணத்தைத் திரும்பித்

பெறுதலின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்தவை