

## சுகாதார உத்தரவாத முன்மொழிவு படிவம்#

(புறநாணாறு: 002)

இந்தப் படிவத்தை பெரிய எழுத்துக்களில் உங்களுக்காகவும் முன்மொழியப்பட்ட காப்பீடு செய்யப்பட்ட ஒவ்வொரு நபருக்காகவும் நிரப்பவும். இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் உள்ள ஏதேனும் கேள்விக்கு பதிலளிக்க உங்களுக்கு கூடுதல் இடம் தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து கூடுதல் தாள்களை இணைத்து, கூடுதல் தாளில் தகவல்

### 1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்\*

தலைப்பு	பெயர்				
தற்போதைய முகவரி					
மைல்கல்			நகரம்		
மாவட்டம்	நிலை			அஞ்சல் குறியீடு	
வேண்டலைன்	அலைபேசி எண்				
மின்னஞ்சல் முகவரி			பான் எண்		

குடியிரிமை  ஆண்டு வருமானம் (ரூ.)  வயசு  குழுவை  சுயதொழில் செய்பவர்

உங்களுக்கு பாலிசி கிட்டின் பிசிகல் நகல் வேண்டுமா?  ஆம்  இல்லை

### வங்கி விவரங்கள்

வங்கியின் பெயர்		கிளை	
நகரம்		கணக்கு எண்	
IFSC குறியீடு		கணக்கு வகை	சேமிப்பு <input type="checkbox"/> நடப்பிலுள்ள <input type="checkbox"/>

### மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு (eIA) விவரங்கள்

இந்த பாலிசியை இ-இன்சூரன்ஸ் கணக்கில் வரவு வைக்க விரும்புகிறீர்களா? (தயவு செய்து ஏதேனும் ஒன்றை தேர்ந்தெடுக்கவும்)

இல்லை  என்னிடம் இ-இன்சூரன்ஸ் கணக்கு இல்லை மற்றும் ஒன்றைத் திறக்க விரும்பவில்லை  **உடனடி மற்றும் சமூகத் துறை பிரிவு (பொருந்தினால்):**

ஆம்  இந்த பாலிசியை எனது மின்-காப்பீட்டு கணக்கில் வரவு வைக்கவும்  ஆஷா பணியாளர்  MGNREGA பணியாளர்

ஆம் எனில், ஏற்கனவே உள்ள இ-இன்சூரன்ஸ் கணக்கு எண்ணை பகிரவும்.

தயவுசெய்து காப்பீட்டு கணக்குகளைப் பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்)

1. என்எல்ஐ  2. ஈஐஆர்  3. கார்வி  4. சிஏஎம்எல்  (தயவு செய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

என்னிடம் ஏற்கனவே மின்-காப்பீட்டு கணக்கு இல்லை மற்றும் ஒரு புதிய மின்-காப்பீட்டு கணக்கை உருவாக்க ஆர்வமாக உள்ளேன் (தொடர்புடைய ஆவணங்களுடன் மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு திறப்பு படிவத்தை (eIA படிவம்) சமர்ப்பிக்கவும்).

\*முன்மொழிபவர் காப்பீட்டு பாலிசியின் கீழ் பாதுகாக்கப்பட வேண்டும் மற்றும் அவர் / அவள் 18 வயதுக்கு மேல் இருக்க வேண்டும்.

### 2. கவரேஜ் தேர்வு

பலன் வகை (தயவுசெய்து தொடர்புடைய பெட்டிகளில் டிக் செய்யவும்). நீங்கள் பல நன்மைகளை

குடும்ப சேர்க்கை:  1அ  1A + 1C  1A + 2C  2அ  2A + 1C  2A + 2C

விபத்து சிகிச்சை:  காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை (ரூ.)

விபத்து தற்காலிக மொத்த ஊனம் (TTD):  ஆம்  இல்லை  காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை\* (ரூ.)

விபத்து மருத்துவமனை அனுமதி

CritiCare#:  காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை (ரூ.)  விருப்பம் 1  விருப்பம் 2

HospiCash:  தினசரி ஹாஸ்பிக்கேஷ் வரம்பு (ரூபா)

பாலிசி காலம்:  1 வருடம்  2 வருடம்  3 வருடம்

#For விபத்து பராமரிப்பு மற்றும் கிரீட்டிகேர்: தேர்வு செய்யக்கூடிய அதிவட்ச காப்பீட்டு தொகை சம்பந்தாற்றாக இருந்தால் முன்மொழிபவரின் ஆண்டு வருமானத்தில் 12 மடங்கு வரை அல்லது சுயதொழில் செய்பவராக இருந்தால் முன்மொழிபவரின் ஆண்டு வருமானத்தில் 15 மடங்கு வரை இருக்கும். 2 வயதுக்குட்பட்ட சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளுக்கு விபத்து பராமரிப்பு கிடைக்காது; சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளுக்கு கிரீட்டிகேர் கிடைக்காது. சம்பளம் பெறும் தனிநபர்களுக்கு, வருடாந்திர வருமானம் நிலையான ரூ. 1 லட்சம் மற்றும் கமிஷன்கள் தவிர்ந்து நிறுவனத்திற்கான செலவு அடிப்படையில் கருதப்படும். \*மொத்த தற்காலிக இயலாமைக்கான (TTD) காப்பீட்டுத் தொகை TTD (போனஸ் மற்றும் கமிஷன்கள் தவிர்ந்து நிறுவனத்திற்கான செலவு) அடிப்படையில் கருதப்படும். 4 மொத்த தற்காலிக இயலாமைக்கான (TTD) காப்பீட்டுத் தொகை ரூ. 1 லட்சம் முதல் ரூ. 20 லட்சம் வரை ரூ. 50,000 இன் மடங்குகளில் இருக்கும். இருப்பினும் TTD காப்பீட்டுத் தொகை ஆண்டு வருமானம் அல்லது விபத்து காப்பீட்டுத் தொகையின் 2 மடங்கு குறைவாக இருக்கக்கூடாது. வருடாந்திர வருமானம் என்பது கூடுதல் நேர வேலை, போனஸ், டிப்ஸ், கமிஷன்கள், கொடுப்பனவுகள், சிறப்பு இழப்பீடுகள், பிற ஆதாரங்களில் இருந்து வருமானம் அல்லது முதன்மை காப்பீட்டாளர் பெறாத தகுதியுடையவராக இருக்கக்கூடிய மாறுபடும் ஊதியத்தின் ஏதேனும் கூறுகள் நீக்கலாக நிறுவனத்திற்கான உண்மையான செலவு ஆகும்.

### 3. முன்மொழியப்பட்ட காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர்(கள்) பற்றிய விவரங்கள்

காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர்	பெயர்	பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY)	உயரம் (அங்குலம்)	எடை (கிலோ)	இடுப்பு (அங்குலம்)
	பால்நிலை (M/F)	முன்மொழிபவருடனான உறவு	தொழில்:	கல்வி:	இடர் வகுப்பு*

காப்பீடு செய்யப்பட்ட எண் 2	பெயர்		பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY)	உயரம் (அங்குலம்)	எடை (கிலோ)	இடுப்பு (அங்குலம்)
பால்நிலை (M/F)	முன்மொழிபவருடனான உறவு	தொழில்:	கல்வி:	இடர் வகுப்பு*		

காப்பீடு செய்யப்பட்ட எண் 3	பெயர்		பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY)	உயரம் (அங்குலம்)	எடை (கிலோ)	இடுப்பு (அங்குலம்)
பால்நிலை (M/F)	முன்மொழிபவருடனான உறவு	தொழில்:	கல்வி:	இடர் வகுப்பு*		

காப்பீடு எண் 4	பெயர்		பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY)	உயரம் (அங்குலம்)	எடை (கிலோ)	இடுப்பு (அங்குலம்)
பால்நிலை (M/F)	முன்மொழிபவருடனான உறவு	தொழில்:	கல்வி:	இடர் வகுப்பு*		

\* ரிஸ்க் கிளாஸ் II க்கு, பிரீமியத்தில் 50% லோடிங் இருக்கும். பாலிசிதாரரின் தொழிலின் அடிப்படையில் விபத்து பராமரிப்பு காப்பீட்டிற்கு மட்டுமே பொருந்தும்.

#### 4. நியமனம் (முதன்மை காப்பீட்டாளருக்கு)

நியமனதாரர் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	நாமினியின் முகவரி, மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடி	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர் 18 வயதுக்கு குறைவானவராக இருந்தால்)
			முகவரி தொலை பேசி எண்	

#### நாமினி வங்கி விவரங்கள்:

வங்கியின் பெயர் \_\_\_\_\_ கிளை \_\_\_\_\_ IFSC குறியீடு \_\_\_\_\_

நகரம் \_\_\_\_\_ கணக்கு எண் \_\_\_\_\_ கணக்கு வகை  சேமிப்பு  நடப்பிலுள்ள

#### 5. மருத்துவ வரலாறு

##### பிரிவு A: மருத்துவ தகவல்

CritiCare மற்றும்/அல்லது HospiCash விஷயத்தில் பதிலளிக்கப்பட வேண்டும். ஒருவேளை ஆக்சிடென்ட் கேர் மட்டும் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால், தயவுசெய்து Q1 க்கு மட்டும் பதிலளிக்கவும்.	காப்பீடு செய்தவர் எண்: (தயவு செய்து விண்ணப்பதாரி அங்கத்தலுக்கு ஏதிராக ஆம்/இல்லை என விடையளிக்கவும்)			
	1	2	3	4
1. நீங்கள் நல்ல ஆரோக்கியத்துடன் இருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது பிறந்ததிலிருந்து அல்லது அதற்குப் பிறகு ஏதேனும் மன/உடல் குறைபாடு மற்றும்/அல்லது குறைபாடு மற்றும்/அல்லது இயலாமையால் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
2. உங்கள் தினசரி நடவடிக்கைகளை பாதிக்கும் ஏதேனும் அறிகுறிகள் இருந்தால், 7 நாட்களுக்கு மேல் படுக்கையில் ஓய்வெடுக்க அல்லது மருத்துவமனையில் அனுமதிக்க அறிவுறுத்தப்பட்டுள்ளீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
3. 5 நாட்களுக்கு மேலாக எந்த ஆலோசனையும் பெறாத அல்லது அவ்வாறு செய்யத் திட்டமிட்டுள்ள நிலையில், 5 நாட்களுக்கு மேலாக ஏதேனும் அசௌகரியம்/அறிகுறிகளால் அவதிப்பட்டிருக்கிறீர்களா அல்லது தற்போது அவதிப்படுகிறீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
4. 7 நாட்களுக்கு மேல் அல்லது வாராந்திர அல்லது மாதாந்திர அடிப்படையில் தினசரி அடிப்படையில் ஏதேனும் சிகிச்சை அல்லது மருந்தை நீங்கள் எப்போதாவது அறிவுறுத்தியிருக்கிறீர்களா அல்லது தற்போது எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
5. TMT, ஆக்சியோகிராஃபி, எக்கோ கார்டியோகிராஃபி, எண்டோஸ்கோபி, CT ஸ்கேன், MRI, FNAC, பயாபிளி, இன்னபிற: பின்வரும் பரிசோதனைகள் எதையாவது நீங்கள் எப்போதாவது செய்துகொண்டிருக்கிறீர்களா அல்லது அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
6. நீங்கள் எப்போதாவது ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை அல்லது அறுவை சிகிச்சை	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
7. உங்களுக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் மற்றும்/அல்லது நீரிழிவு மற்றும்/அல்லது அதிக கொழுப்பு மற்றும்/அல்லது இதய பிரச்சனை மற்றும்/அல்லது தைராய்டு கோளாறு உள்ளதா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
8. நீங்கள் எப்போதாவது எந்த வகையான புற்றுநோயாலும் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறீர்களா? வழக்கமான ஸ்கிரீனிங் தவிர் வேறு சாத்தியமான புற்றுநோய் கண்டறிதலை நிராகரிக்க ஏதேனும் ஸ்கிரீனிங் செய்துகொள்ளுமாறு உங்களுக்கு எப்போதாவது அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கிறதா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
9. நீங்கள் எப்போதாவது புகையிலை தொடர்பான தயாரிப்புகளான சிகரெட்/ குடகா-பான் அல்லது ஆல்கஹால் அல்லது வேறு ஏதேனும் போதை மருந்துகளை தினசரி அல்லது வாராந்திர அடிப்படையில் ஒரு மாதத்திற்கும் மேலாக உட்கொண்டிருக்கிறீர்களா அல்லது தற்போது	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

#### பெண் ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டும் என்றால் பதிலளிக்கப்பட வேண்டியவை:

10. நீங்கள் தற்போது கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது ஏதேனும் கருவுறுதல் சிகிச்சையை மேற்கொண்டிருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது சிசேரியன் மூலம் பெற்றெடுக்கிறீர்களா?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
11. உங்களுக்கு எப்போதாவது மார்பக, மாதவிடாய் சுழற்சி, கருத்தரித்தல் மற்றும்/அல்லது கர்ப்பம் மற்றும்/அல்லது வழக்கமான பரிசோதனை தவிர் PAP ஸ்மியர், மேமோகிராம் ஆகியவற்றுடன் தொடர்புடைய மகளிர் நோயியல்	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

**பிரிவு B:** (CritiCare மற்றும்/அல்லது HospiCash க்கு மட்டுமே பொருந்தும்) Q1 க்கு 'இல்லை' என்று பதிலளிக்கப்பட்டால் மற்றும் / அல்லது பிரிவு A இல் Q2 முதல் Q11 வரையிலான கேள்விகளுக்கு 'ஆம்' என்று பதிலளிக்கப்பட்டால் விவரங்களை வழங்கவும். நோய் / மருத்துவம் / சோதனை / அறுவை சிகிச்சை / காயம் / இயலாமை / குறைபாடு / குறைபாடு ஆகியவற்றின் பெயர் மற்றும் விவரங்கள்.

காப்பீடு செய்தவர் எண்:	மருத்துவ கேள்வி எண்.	நோயின் வகை	சரியான நோய் கண்டறிதல் மற்றும் விசாரணை செய்யப்பட்டது	நோய் கண்டறிதல் தேதி	ஆலோசனை தேதி	சிகிச்சை விவரங்கள் / மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்ட வரலாறு	மருத்துவர் & மருத்துவமனை பெயர் & தொலைபேசி எண். அதற்காக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளதானா என்பதையும்.

(இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் ஏதேனும் கேள்விக்கு பதிலளிக்க உங்களுக்கு கூடுதல் இடம் தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து கூடுதல் தாள்களை இணைத்து, கூடுதல் தாளில் தகவல் வழங்கப்பட்ட கேள்வி எண்ணைக் குறிப்பிடவும்.)

பிரிவு இ:

காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் / முன்மொழிபவர் அரசியல் ரீதியாக அம்பலப்படுத்தப்பட்ட நபர் (PEP) ?  
(ஆம் என்றால், தயவுசெய்து PEP கேள்வித்தாளை நிரப்பவும்)

ஆம்

இல்லை

இந்தியா மற்றும் / அல்லது வெளிநாட்டில் ஏதேனும் குற்றவியல் நடவடிக்கைகளின் கீழ் உங்களுக்கு தண்டனை வரலாறு

ஆம்

இல்லை

#PEP என்பது மத்திய அல்லது மாநில அரசின் தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசு நீதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், கட்சியின் முக்கிய அதிகாரிகள், நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினர் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட

பிரிவு D: குடும்ப வரலாறு\* (CitiCare மற்றும் HospiCash கவரேஜுக்கு பொருந்தும்) உங்கள் பெற்றோர், சகோதரர் அல்லது சகோதரிகளுக்கு புற்றுநோய், நீரிழிவு, உயர் இரத்த அழுத்தம் (உயர் இரத்த அழுத்தம்), இதயம் அல்லது சிறுநீரக நோய், பாலிசில்பிடிக்க சிறுநீரக

நோய், மன அல்லது நரம்பு கோளாறு (அல்சைமர் நோய் உட்பட), பக்கவாதம், மல்டிபிள் ஸ்க்ளீரோசிஸ், மோட்டார் நியூரான் நோய் அல்லது தொடர்ந்து / நீண்ட இயற்கையில் உள்ள வேறு ஏதேனும் பரம்பரை கோளாறுகள் இருந்ததா?

காப்பீடு செய்தவர் எண்:	முன்மொழிபவருடனான உறவு	நோய் அல்லது கோளாறு (ஏதேனும் இருந்தால்)	வயது (வாழ்ந்தால்)	ஆரம்ப வயது	மரணத்திற்கான காரணம் (பொருந்துமாமின்)	இறப்பு வயது (பொருந்தினால்)

\* வயது வந்தோருக்கு மட்டுமே வழங்கப்படும்

## குடும்ப மருத்துவர் விவரம்

குடும்ப மருத்துவரின் பெயர் \_\_\_\_\_ தொடர்பு எண் 1 \_\_\_\_\_ தொடர்பு எண் 2 \_\_\_\_\_

## தற்போதுள்ள காப்புறுதி விவரங்கள்

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் அல்லது வேறு ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்திடம் ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் / தனிநபர் விபத்து பாலிசியின் கீழ் ஏற்கனவே காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நீங்கள் அல்லது எந்தவொரு நபரும்(கள்) முன்மொழியப்பட்டுள்ளீர்களா.

ஆம்

இல்லை

ஆம் என்றால், நீங்கள் எப்போது முதல் தொடர்ந்து காப்பீடு செய்யப்பட்டுள்ளீர்கள்

DD / MM / YYYY

காப்பீடு செய்தவர் எண்:	காப்பீட்டு நிறுவனத்தின் பெயர்	பாலிசி எண் / விண்ணப்ப எண்	(தேதி) முதல் காப்பீடு செய்யப்பட்டது	முதல் (இன்றுவரை)	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை	உரிமைகோரல் விவரங்கள் (ஏதேனும் இருந்தால்)

## 8. அறிவிப்பு (தயவுசெய்து கவனமாகப் படித்து, கையொப்பமிடுவதற்கு முன் ஒவ்வொன்றிற்கும் எதிராக ஒரு காசோலை அடையாளத்தை வைக்கவும்)

என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாலிசியின் அடிப்படையை உருவாக்கும், காப்பீட்டு நிறுவனத்தின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துறுதி பாலிசிக்கு உட்பட்டது மற்றும் வசூலிக்கக்கூடிய பிரிமியத்தை முழுமையாகப் பெற்ற பிறகே பாலிசி நடைமுறைக்கு வரும் முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதை அறிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய / முன்மொழிபவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும்

காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய / முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி எந்தவொரு மருத்துவரிடமிருந்தும் அல்லது ஒரு மருத்துவமனையிடமிருந்தும் எந்த நேரத்திலும் ஆயுள் காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய / முன்மொழிபவர் அல்லது எந்தவொரு கடந்தகால அல்லது தற்போதைய முதலாளியிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கோரும் நிறுவனத்திற்கு நான் / நாங்கள் அறிவிக்கிறோம் மற்றும் ஒப்புதல் அளிக்கிறோம் மற்றும் ஆயுள் காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் முன்மொழிவு எழுத்துறுதி மற்றும் / அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வு மற்றும் எந்தவொரு அரசாங்கம், எங்கள் சேவை வழங்குநர் மற்றும் / அல்லது ஒழுங்குமுறை அதிகாரத்தின் ஒரே நோக்கத்திற்காக மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை பகிர்ந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் நிறுவனத்திற்கு அங்கீகாரம் அளிக்கிறோம்.

காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் எம்பேனல் செய்யப்பட்ட வழங்குநருடன் சேவை வழங்குவதற்கான ஒரே நோக்கத்திற்காக பகிர்ந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறோம்.

நான் / நாங்கள் இதன்மூலம், என் சார்பாகவும் காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும் என்னால் வழங்கப்பட்ட மேற்கண்ட அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும் / அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை எல்லா வகையிலும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழியு நான்/நாங்கள் அதிகாரம் பெற்றுள்ளேன் என்றும்

தேதி: \_\_\_\_\_ இடம்: \_\_\_\_\_ முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் \_\_\_\_\_

## 9. மின்னணு கொள்கை நிறைவேற்றம் மற்றும் சேவை தகவல்தொடர்புகளுக்கான அங்கீகாரம்

எனது சுற்றுச்சூழலைப் பாதுகாக்க விரும்புகிறேன், விண்ணப்பப் படிவத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி எனது பாலிசி மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் மின்னஞ்சல் ஐடிக்கு அனுப்ப நிவா பூபா ஹீத் இன்சூரன்ஸ் க்யூபெனி லிமிடெட்

## 10. வட்டார மொழி அறிவிப்பு

முன்மொழிபவர் வட்டார மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் நிறுவனத்தின் முகவர் / பணியாளர் அல்லாத வேறு ஒருவர் சாட்சியாக இருப்பதற்கான சான்றிதழ். இந்தப் படிவத்தின் உள்ளடக்கத்தையும் அதன் விவரங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு என்னால் வட்டார மொழியில் விளக்கியுள்ளேன், அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார்.

சாட்சியின் பெயர்: \_\_\_\_\_

சாட்சியின் கையொப்பம் \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் \_\_\_\_\_

## 11. ABHA ஐடி

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?	ABHA ஐடி	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர்கள்/TPAக்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ள ஒப்புதல்
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

## 12. உறுப்பினர் திரும்பப்பெறுதல் மற்றும் உரிமைகோரல்களை செயல்தரவதற்கான விவரங்கள்

### பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்: வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர் \_\_\_\_\_

வங்கியின் பெயர் \_\_\_\_\_ கணக்கு எண் \_\_\_\_\_

IFSC குறியீடு \_\_\_\_\_ கணக்கு வகை \_\_\_\_\_ சேமிப்பு \_\_\_\_\_ நடப்பிலுள்ள

#### உத்தியோகபூர்வ பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்

பிரிமியம் செலுத்தும் விவரங்கள்:  பணம்  காசோலை / டிடி எண் \_\_\_\_\_  கடன் அட்டை \_\_\_\_\_

ஆன்லைன்/டைரக்ட் டெபிட் பரிவர்த்தனை ஐடி \_\_\_\_\_ தொகை \_\_\_\_\_

தேதி (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_\_ வங்கி பெயர் / கிளை \_\_\_\_\_

நிவா பூபா கிளை இடம் \_\_\_\_\_ குறியீடு எண் \_\_\_\_\_

வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / டிஎஸ்டி / கார்ப்பரேட் ஏஜென்சி / பிற சேனல்கள் \_\_\_\_\_ குறியீடு எண் \_\_\_\_\_

பெயர் \_\_\_\_\_ குறியீடு எண் \_\_\_\_\_

கருத்துரு பெறப்பட்ட தேதி \_\_\_\_\_ வாடிக்கையாளர் ID \_\_\_\_\_

மூலம் செயலாக்கப்பட்டது \_\_\_\_\_ தேதி டிடி / மிமீ / YYYY \_\_\_\_\_ ஆல் அங்கீகரிக்கப்பட்டது \_\_\_\_\_ தேதி டிடி / மிமீ / YYYY \_\_\_\_\_

#### Bancassurance சேனலுக்கான கூடுதல் விவரங்கள் மட்டும்

கிளை குறியீடு \_\_\_\_\_ SP குறியீடு \_\_\_\_\_ RM / LG குறியீடு \_\_\_\_\_

வாடிக்கையாளரின் கணக்கு எண் \_\_\_\_\_

**காப்புறுதி ஆலோசகரின் அறிக்கை**

நீங்கள் முன்மொழிபவருடன் உறவினரா?  ஆம்  இல்லை ஆம் எனில், உறவின் தன்மை? \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரை எப்போதிலிருந்து உங்களுக்குத் தெரியும்? \_\_\_\_\_ ஆண்டுகள் \_\_\_\_\_ மாதங்கள் \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் அடையாளம் குறித்து நீங்கள் திருப்தி அடைகிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை

முன்மொழிபவர் அல்லது முன்மொழியப்பட்ட காப்பீட்டாளருக்கு ஏதேனும் உடல் குறைபாடு / குறைபாடு அல்லது மனநல குறைபாடு உள்ளதா?  ஆம்  இல்லை

மூலியியலின் விவரங்களை நீங்கள் விளக்கியுள்ளீர்களா மற்றும் முன்மொழிபவர் தனிப்பட்ட முறையில் உடல்நல அறிவிப்பை பூர்த்தி செய்தாரா?  ஆம்  இல்லை

இந்த முன்மொழிவு படிவத்தை தயாரிக்கும் நேரத்தில் முன்மொழிபவரின் உடல்நிலை என்ன? \_\_\_\_\_

தீர்மான ஆபத்து உட்பட அனைத்து காரணிகளையும் கருத்தில் கொண்டு இந்த முன்மொழிவு படிவத்தை ஏற்றுக்கொள்ள பரிந்துரைக்கிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை

தேதி: (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_\_

காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

#### சட்டரீதியான எச்சரிக்கை

: காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 பிரிவு 41: (1) இந்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்தவொரு வகையான அல்லது அபாயம் தொடர்பாக காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க அல்லது தொடர் எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தூண்டுதலாக எந்தவொரு நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ கூடாது அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரிமியத்தின் ஏதேனும் குறைப்பு அல்லது பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது தொடரும் நபர், காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவலறிக்கை அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர வேறு எந்த தள்ளுபடியையும் ஏற்றுக்கொள்கிறார். (2) இந்தப் பிரிவின் விதிகளுக்கு இணங்குவதில் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய

நிவா பூபா ஹீத் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி

லிமிடெட் இன்சூரன்ஸ் என்பது தேவையின் பொருள். நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (IRDAI பதிவு எண் 145), 'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட்டீட்' லோகோ அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமத்தின் கீழ் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்:- C-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1, புது தில்லி -110024, வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்லைன்: 1860-500-8888. வலைத்தளம்: www.nivabupa.com. சிஐஎன்: U66000DL2008PLC182918. குறிப்பு: பாலிசி காலத்தின் போது காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட நபர்களில் எவரின்



#### ஒப்புதல்

முன்மொழிவு இல. \_\_\_\_\_ தேதி D D M M \_\_\_\_\_

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை ரொக்கம் / காசோலை / கேட்பு வரைவோலை / இதர தொகை ரூ. \_\_\_\_\_

தேதியிட்டுப் பட்டி காப்பீட்டிற்கான ஒரு நிறைவு செய்யப்பட்ட முன்மொழிவை எங்களிடம் சமர்ப்பிப்பீயோ அல்லது கோரப்பட்ட எந்தவொரு பாலிசிக்கான எந்தவொரு கட்டணமோ ஒரு பாலிசியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள

எங்களைக் கட்டாயப்படுத்தாது, அந்த முடிவு எப்போதும் தனி மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவை

நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது. மேலும் பெர்மியம் எங்களால் முழுமையாகவும் சரியான நேரத்திலும்

பெறப்படவில்லை அல்லது உணரப்படவில்லை எங்களுக்கு எந்தப் பெறாப்பும் இல்லை. நாங்கள் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், நாங்கள் உங்களுக்கு அறிவிப்போம் மற்றும்

கட்டணத்தை திருப்பித் தருவோம். ஏதேனும் இருந்தால், வட்டி இல்லாமல் உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்டது.



## முக்கிய அம்ச ஆவணம்

குறிப்பு: இவை வழங்கப்பட்ட காப்பீடுகளின் சுருக்கம் மட்டுமே. வாங்குவதற்கு முன் முழுமையான விவரங்களுக்கு பாலிசி விதிமுறைகளைப் பார்க்கவும். இந்த ஆவணம் பாலிசியில் உள்ள முக்கிய நன்மைகளுக்கான குறிகாட்டி மட்டுமே.

தேதி: \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

இடம்: \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_