

பெயர்

பாவினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

பிறந்த நாள் முன்மொழிவருடனான உறவு சுய

சம்பளம் பெறுபவர் சுயதொழில் உழைக்காத வருமானம் சம்பாதிக்கவில்லை ஆண்டு வருமானம்

தொழில்: நிறுவனத்தின் பெயர்

பெயர்: உயர்மட்ட மேலாண்மை மத்த மேலாண்மை இடைநிலை மேலாண்மை குறைந்த மேலாண்மை

தனிநபர் காப்பீட்டுத் தொகை கடன் பாதுகாப்பாளர் காப்பீட்டுத் தொகை

பெயர்

பாவினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

பிறந்த நாள் முன்மொழிவருடனான உறவு மகன் மகள்

தனிநபர் காப்பீட்டுத் தொகை: முன்மொழிபவர் காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 25%

பெயர்

பாவினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

பிறந்த நாள் முன்மொழிவருடனான உறவு மகன் மகள்

தனிநபர் காப்பீட்டுத் தொகை: முன்மொழிபவர் காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 25%

பெயர்

பாவினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

பிறந்த நாள் முன்மொழிவருடனான உறவு மகன் மகள்

தனிநபர் காப்பீட்டுத் தொகை: முன்மொழிபவர் காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 25%

பெயர்

பாவினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

பிறந்த நாள் முன்மொழிவருடனான உறவு மகன் மகள்

தனிநபர் காப்பீட்டுத் தொகை: முன்மொழிபவர் காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகையில் 25%

3. கவரேஜ் தேர்வு:

அடிப்படை கவரேஜ்:	
கொள்கை வகை:	<input type="checkbox"/> நபர்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	பெரியவர்கள் _____ குழந்தைகள் _____
இறப்பு (அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை)	அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை வரை
நிரந்தர மொத்த இயலாமை (PTD)	
நிரந்தர பகுதி இயலாமை (PPD)	
பாவினி காலம்:	<input type="checkbox"/> 1 வருடம் <input type="checkbox"/> 2 வருடம் <input type="checkbox"/> 3 வருடம்

விடுப்பு கவரேஜ்:	
இறந்த உடல்களை கொண்டு செல்லுதல்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
ராமச்சங்கு செலவுகள்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
சாலை ஆம்புலன்ஸ்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
ஏர் ஆம்புலன்ஸ்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தற்காலிக மொத்த இயலாமை (TTD)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தற்காலிக மொத்த இயலாமை+ (TTD+)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தற்காலிக மொத்த இயலாமை லைட் (TTD லைட்)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தற்காலிக மொத்த இயலாமை லைல்க்கு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை ஆம் எனில், _____ Days
விபத்து மருத்துவமனை உள்ளிருப்புச் சிசிசை (AH)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
மருத்துவமனை இணர் ரொக்கம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தற்செயலான OPD	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
மாதாந்திர தேவைகளுக்கான பலன்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
அட்வான்சர் வினையாட்டு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
வினையாட்டு வீரர்கள் வருகை தரும் போது	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

முதியோர் பராமரிப்பு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளின் கல்வி	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
குழந்தை ஆதரவு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
குழந்தைகளுக்கான திறமையான சேவைகள்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
உடைந்த எலும்பு / எலும்பு முறிவு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
வீட்டில்/ வாசனத்தில் செய்யப்பட்ட மாற்றம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
புரொஸ்டிடிக்ஸ் / சக்கர நாற்காலி	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
கேள்வி நிறைவு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தீக்காயங்கள்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
தலை & முதுகெலும்பு காயம் (Head & Spinal Injury)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
விபத்து சிசிசெசு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

1) பெற்றோர் மற்றும் மாண்புமிகு மனித உரிமை அமைச்சர் சார்ந்தவர்கள் மற்றும் வயது வந்தவர்களாக சம்பந்திக்கவில்லை. 2) சம்பந்திக்காத மனைவி & பெற்றோர் / மாண்புமிகு ஆலோசனைகளைக் காட்டித் தொகை (SI) சலுகைகள் முன்மொழிபவரின் SI-யின் 50% க்கு அதிகப்படும் 1 கோடி ரூபாய்க்கு உட்பட்டது. 3) சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளுக்கான காப்பீட்டுத் தொகை (SI) சலுகைகள் முன்மொழிபவரின் SI இன் 25% ஆக கட்டுப்படுத்தப்படும், அதிகப்படும் INR 25 லட்சத்திற்கு உட்பட்டது. 4) சம்பந்திக்காத உறுப்பினர்கள் & குழந்தைகளுக்கு பொருத்த நன்மைகள்: குழந்தைகளுக்கான திறமையான சேவைகள், சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளின் கல்வி, குழந்தை ஆதரவு, முதியோர் பராமரிப்பு, உடன் பாதுகாப்பாளர், சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகளுக்கு தற்காலிக முழு இயலாமை பொருத்ததது. 5) TTD அல்லது TTD அல்லது TTD கட்டணம் தேர்வு செய்யலாம்.

4-நியமனம்

முன்மொழிபவர் இறந்துவிட்டால், கோரிக்கை நியமனதாரருக்கு வழங்கப்படும். மற்ற காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட நபர்களுக்கு, முன்மொழிபவர் நியமனதாரர், நியமனதாரருக்கு பணம் செலுத்துவது நிறுவனத்தின் முழு பொறுப்பையும் நிறைவேற்றுவதாகும்.

நாமியின் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	முகவரி, அலைபேசி எண் மற்றும் நாமியின் இடையிட ID	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர் 18 வயதுக்கு குறைவாக இருந்தால்)

நாமியின் பெயர்: பணாளியின் பெயர்:

வசியின் பெயர்: கணக்கு வகை: சேமிப்பு: கர்ரென்ட்:

கணக்கு எண்: #SC குறியீடு:

5-மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் உட்குறி முன்மொழிவு தகவல்:

காப்பீட்டு செய்ய உத்தேசிக்கப்பட்ட நபர்களின் வரையறை பெறுவதற்கான விவரம்:	வயது வந்தோர் 1	பெரியவர்கள் 2	குழந்தை 1	குழந்தை 2	குழந்தை 3	குழந்தை 4
நீங்கள் நல்ல ஆரோக்கியத்துடன் இருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது பிறப்பிலிருந்து அல்லது பிறந்த பின்னரே ஏதாவது மன/உடல் குறைபாடு மற்றும்/அல்லது குறைபாடு மற்றும்/அல்லது இயலாமைபால் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா?	<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

என சார்பாகவும், காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், என்னும் வழங்கப்பட்ட மெற்கண்ட அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும் / அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை எல்லா வகையிலும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்று, இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிவு எனக்கு அதிகாரம் உடனடி என்றும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

என்னும் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாணியின் அடிப்படையான உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குகிற குடிவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துமுறை பாணியை உட்பட்டது மற்றும் விதிக்கத்தக்க பீரீதியத்தை முழுமையாக செலுத்திய பிறகே பாணியை நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் அபத்து ஏற்படுகின்றபோது அதைத் தவிர்ப்பதற்கு முன்பு, காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய / முன்மொழிபவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் ஏதாவது மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று மெய்யும் அறிவிக்கிறேன்.

காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் நேரடியும் பற்றி ஏதாவது ஏதாவது மருத்துவ அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபரின்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் நேரடியும் பற்றி ஏதாவது உட்குறி அல்லது தற்போதைய பணியாளரிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கோருவதற்கும், காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவர் மீதான காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட ஏதாவது காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்தும் தகவல்களைக் கோருவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்பதை அறிவிக்கிறேன் முன்மொழிவு மற்றும் / அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் நோக்கத்திற்காக.

முன்மொழிபவர் இறந்துவிட்டால், கோரிக்கை நியமனதாரருக்கு வழங்கப்படும். மற்ற காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட நபர்களுக்கு, முன்மொழிபவர் நியமனதாரர், நியமனதாரருக்கு பணம் செலுத்துவது நிறுவனத்தின் முழு பொறுப்பையும் நிறைவேற்றுவதாகும்.

முன்மொழிவு மற்றும்/அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் ஒரு நோக்கத்திற்காக காப்பீட்டு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவ பதில்கள் உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை ஏதாவது அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்துடனும் பரிந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

முன்மொழிபவர் வட்டார மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் இந்த படிவத்தின் உள்பக்கம் என்னும் விளக்கப்பட்டது _____ இல்.
முன்மொழிபவருக்கு _____ முன்னிலையில், அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார். சாட்சி நிறுவனத்தின் முகவர் _____ / பணியாளர் அல்லது நேரு யாராவது இருக்க வேண்டும்.

தேதி: இடம்: _____ முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் கையொப்பம்: சாட்சியின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் பெயர்: சாட்சியின் அலைபேசி:

எண்: எண்:

7. முன்மொழிபவர் & ஆலோசகரால் படிவம் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு:

ஏதேனும் காரணத்திற்காக, முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு முன்மொழிவு

படிவத்தின் உடனடக்கங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன. மேலும் அனைத்து அம்சங்களையும் தாக்கங்களையும் நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின்

கீழ் _____ ஆல் நிரப்பப்பட்டது. மேலும் அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை

தகவல்கள்

& முழுமையானவை என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் _____

ஆலோசகர் அறிவிப்பு: காப்பீட்டு ஆலோசகர் / காப்பீட்டு முகவரின் குறிப்பிடப்பட்ட நபர் / தரகர் / உறவு அலுவலரின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட

வழியார் என்ற முறையில், இந்த தயாரிப்பு / முன்மொழிவின் அனைத்து உடனடக்கங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்

காப்பீட்டின் கையொப்பம் Advisor _____

8. பிரீமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

Form with fields for policy details: பிரீமியம் செலுத்தும் விருப்பம், பிரீமியம் தொகை, முன்மொழிபவருடனான உறவு, வங்கியின் பெயர் / கிளை, நிவா யூபா கிளை இடம், வணிக ஆதாரம், பெயர், முன்மொழிவு பெறப்பட்ட தளம், முன்மொழிபவர் அவ்வாறு விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளர்?

9. NEFT & வங்கி விவரங்கள்:

அனைத்து பணம்செலுத்தல்களும் (பிரீமியம் இலும்புப்பெறுதல், கோரல்கள் போன்றவை) உங்கள் கணக்கிற்கு மட்டுமே மின்னணு முறையில் செய்யப்படும். பிரீமியம் விவரங்களை வழங்கவும்

Form for NEFT & bank details: வங்கியின் பெயர், கிளை, நகரம், IFSC குறியீடு, கணக்கு எண், கணக்கு வகை, சேமிக்கிறேன், Current

10. புதுப்பித்தல்:

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிவு: உங்கள் மத்திய காப்பீட்டு பாதிப்பின் புதுப்பித்தல் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் செலுத்துவது உங்கள் தற்போதைய தனிப்பயன் நிவாரண இலுவல் (ACH) நிர்வாக அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நிறுவனத்தின் தொடர்புடன் மூலம் செய்யப்படலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாதிப்பை உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால் நிறுவனத்திற்கு தேவைப்படும் அனைத்து கூடுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

நான் ACH/SI புதுப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விருப்பமிருந்தேன். இதன் மூலம் பாதிப்பு புதுப்பிக்கப்படும் வரை பிரீமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடி பெற விருப்பமிருந்தேன்.

Dated _____ இடம் _____ Proposer _____ கையொப்பம்

11. பங்குதாரர் சேவைக்கு மட்டும் கூடுதல் தகவல்கள் (PFCE பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

Form for shareholder services: கிளை Code, எஸ்.பி. Code, ஆர்.எம் / எஸ்.ஜி Code, வாடிக்கையாளர் கணக்கு number

12. சட்டரீதியான சச்சரிகை:

தள்ளுபடிகளைத் தடை செய்தல் (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 பிரீமிய 41 இன் கீழ்) 1. இத்தியாவில் உயிர்கள் அவ்வாறு சேர்த்து தொடர்பான எந்த வகையான அபாயம் தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அவ்வாறு புதுப்பிக்க அவ்வாறு தொடர் எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தூண்டுதலாக, சேலுத்த வேண்டிய கமிஷன் முழுமையான அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாதிப்பில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரீமியத்தின் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவல்களை அல்லது அடவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாதிப்பை எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அவ்வாறு தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது. 2. இந்தப் பிரீமியம் ஏற்பாடுகளுக்கு இணங்க தவறும் எந்தவொரு நபரும் புது வரம்பு வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

13. நிர்வாகத்தின் ஓட்டங்கள்:

Form for administrative details: விண்ணப்ப எண், தேதி, உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகை பெறப்பட்டதற்கு நன்றியுடன் தெரிவிக்கிறேன் மற்றும் தொகையை காசோலை / கட்டி வரைவோலை / Others of தொகை ரூ. தேதியிட்ட அன்று வரையப்பட்டது

காப்பீட்டிற்கான ஒரு பூர்த்தி செய்யப்பட்ட முன்மொழிவு எங்களுக்கு சமர்ப்பிப்பதோ அல்லது பாதிப்பு வழங்குவதற்காக செய்யப்பட்ட எந்தவொரு பணம்செலுத்தலும் ஒரு பாதிப்பை வழங்குவதற்கு ஒப்புக்கொள்ள எங்களை கட்டாயப்படுத்தாது, அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் தனிப்பட்ட மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவு நபர்கள் ஏற்றுக்கொண்டனர், அது பாதிப்பின் விழிப்புறங்கள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது மற்றும் பிரீமியம் எங்களால் முழுமையாகவும் சரியான தேர்தலிலும் பெறப்படவில்லை அல்லது உணரப்படவில்லை என்றால் எங்களுக்கு எந்த பொறுப்பும் இருக்காது. நபர்கள் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், வட்டி இல்லாமல் உங்களுக்கு தெரிவிக்கப்பட்ட மத்திய பரிசேரணைகளின் செலவு ஏதேனும் இருந்தால், சுழித்த பிறகு உங்களுக்குத் தெரிவித்து, கட்டணத்தைத் திருப்பித் தருவோம்.

பெறுநர் மற்றும் அலுவலக எண்: _____ பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

14. ஊரக மற்றும் சமூக துறை வகை (பொருத்தினால்)

ஆலா பணியாளர்

MGNREGA பணியாளர்

15. பணத்தை இலாபப் பெறுதல் மற்றும் உரிமைகொள்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விவரம்: வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்: _____

வங்கியின் பெயர்: _____

IFSC Code: _____

கணக்கு எண்: _____

கணக்கு வகை: _____

16. ABHA ஐடி

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களுடைய ABHA ID உண்டா?		ABHA ID	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காட்டினார்களா? (AAK) உடன் பதிவு.	
	ஆம்	இல்லை		ஆம்	இல்லை
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>