

ரைஸ் முன்மொழிவு படிவம்

யுஆர்என்: 031

காப்பீட்டு ஒப்பந்தம் ஒரு சட்டப்பூர்வமான ஒப்பந்தமாகும், பரஸ்பர நம்பிக்கையின் அடிப்படையில் இது வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளது. மேலும் உங்களை நாங்கள் மனப்பூர்வமாக நம்புகிறோம். உங்கள் உடல்நலம் குறித்த தகவல்கள் பாலிசியை எந்த அளவு பாதிக்கும் என்பது உங்களுக்கு தெரிந்திருக்காது என்பதை நாங்கள் அறிவோம். எனவே, உங்கள் உடல்நலம் குறித்த தகவல்களை மறைக்காமல் எங்களிடம் சொல்வது ரொம்ப முக்கியம், மேலும் அதை வைத்து தான் பொறுத்தமானது எது என்று நாங்கள் தீர்மானிப்போம் ('மெட்ரிகியல் ஃபேக்ட்' என்று நாங்கள் அதை கூறுவோம்) காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களைப் பற்றிய சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல்களை வழங்காவிட்டால், உங்கள் பாலிசியை ரத்து செய்வோம், எந்தவொரு உரிமைகோரலையும் செலுத்த மாட்டோம், ஏற்கனவே செலுத்தப்பட்ட ரெக்கவரி பெனிபிட் உட்பட எந்த பிரீமியமும் திருப்பித் தரப்பட மாட்டாது, உங்களுக்கு எதிரான அனைத்து சாத்தியமான சட்ட நடவடிக்கைகளையும் எடுக்க எங்களுக்கு உரிமை உண்டு. விதிமுறைகளின் அடிப்படையில் நாங்கள் முழு பிரீமியத்தையும் பெற்று, ஏற்படும் விளைவுகளை உணர்ந்து, ஏற்றுக் கொண்ட பின்னரே கவரேஜ் தர தொடங்க முடியும்.

1. முன்மொழிபவரின் விவரங்கள்:

டைட்டில்	பெயர்					
பிறந்த தேதி	பாலினம்:	ஆண்	பெண்	மற்றவை	தேசம்	
தற்போதைய முகவரி						
அடையாளக்குறி					நகரம்	
மாவட்டம்	மாநிலம்			பின்கோடு		
தொலைபேசி எண்					கைபேசி எண்	
மின்னஞ்சல் முகவரி					மாற்று எண்	

ஆண்டு வருமானம் (ரூ) சிகேவொய்சி எண்

தொழில் சம்பளம் பெறுபவர் சுயதொழில் மாணவர் இல்லத்தரசி மற்றவர்கள், தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

பிரீமியம் செலுத்தியவர் முன்மொழிபவருடனான உறவு

பாலிசி மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்து தகவல்களையும் விண்ணப்பப் படிவத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மின்னஞ்சல் முகவரிக்கு அனுப்புவதன் மூலம் சுற்றுச்சூழலைப் பாதுகாக்கவும், ஆவணங்களை சேமிக்கவும் நான் நிறுவனத்திற்கு அதிகாரம் அளிக்க விரும்புகிறீர்களா?

படித்து புரிந்து கொண்ட பிறகு தான், நான் அனைத்து விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளை ஏற்றுக்கொள்கிறேன், மேலும் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் அல்லது அதன் முகவர்கள் மற்றும் / அல்லது மூன்றாம் தரப்பினர் / இணை நிறுவனங்கள் எனது பதிவு செய்யப்பட்ட தொலைபேசி எண்ணில் / எஸ்எம்எஸ் அல்லது ஏதாவது வணிகம் சம்பந்தமாக முகவர்கள் எஸ்எம்எஸ் / மின்னஞ்சல் / தொலைபேசி / வாட்ஸாப் / பேஸ்புக் அல்லது வேறு எந்த முறைகள் மூலமாகவும் என்னை தொடர்பு கொள்ள அதிகாரம் அளிக்கிறேன்.

உங்களுக்கு பாலிசி கிட்டின் நகல் வேண்டுமா? ஆம் இல்லை

நீங்களோ அல்லது முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாரேனும் பிஇபி# ஆக இருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

*அரசியல் ரீதியாக வெளிப்படுத்தப்பட்ட நபர்கள் (PEP) என்றால், முக்கிய பொதுப் பணிகளை ஒப்படைக்கப்பட்ட அல்லது ஒப்படைக்கப்பட்ட தனிநபர்கள், அதாவது மத்திய அல்லது மாநில அரசாங்கத்தின் தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசாங்க நிதித்துறை, அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரச நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், முக்கியமான கட்சி அதிகாரிகள். (நீங்கள் PEPக்கு எதிராக டிக் செய்திருந்தால், PEP க்கான தனிப்பட்ட படிவத்தை நிரப்பவும்)

வங்கி விவரங்கள்:

வங்கி பெயர்

அக்கவுண்ட் நம்பர் IFSC குறியீடு

கணக்கு வகை சேமிப்பு நடப்பு கிளை நகரம்

மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கின் விவரங்கள் (eIA)

இந்த பாலிசியை eIA கணக்கில் வரவு வைக்க விரும்புகிறீர்களா? (ஏதேனும் ஒன்றை தேர்ந்தெடுக்கவும்)

இல்லை, என்னிடம் eIA கணக்கு இல்லை, ஒன்றை திறக்க விரும்பவில்லை ஆம், இந்த பாலிசியை எனது மின்-காப்பீட்டு கணக்கில் வரவில் வையுங்கள்

ஆம் எனில், ஏற்கனவே உள்ள மின்-காப்பீட்டு கணக்கு எண்ணைப் பகிரவும்.

இன்சூரன்ஸ் ரெப்பாசிட்டரி பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் எந்த கணக்கில் திறந்தீர்கள்)

எம்/எஸ் என்எஸ்டிஎல் டேட்டாபேஸ் மேனேஜ்மென்ட் லிமிடெட் எம்/எஸ் சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்

எம்/எஸ் கர்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட் எம்/எஸ் சிஏஎம்எஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட் (ஏதேனும் ஒன்றை தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது

என்னிடம் ஏற்கனவே மின்-காப்பீட்டு கணக்கு இல்லை, மேலும் ஒரு புதிய மின்-காப்பீட்டு கணக்கை உருவாக்க விரும்புகிறேன்

(தொடர்புடைய ஆவணங்களுடன் மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு திறக்கும் படிவத்தை (eIA படிவம்) சமர்ப்பிக்கவும்).

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிவு:

உங்கள் ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் பாலிசியின் புதுப்பித்தல் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் ஆட்டோமேட்டட் கிளீனிங் ஹவுஸ் (ஏசிஹெச்) / நிறுவனத்துடனான நிலையான அறிவுறுத்தல்கள் (எஸ்ஐ) மூலம் செலுத்தலாம். இந்த ஆப்டினை கீழ், உங்கள் பாலிசியை உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால் நிறுவனம் கோரக்கூடிய தகவல் மற்றும் ஆவணங்கள் அனைத்தையும் நீங்கள் சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.

நான் ஏசிஹெச்/எஸ்ஐ புதுப்பித்தல் ஆப்டினை தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன், அதன் மூலம் பிரீமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடியை, அதை பயன்படுத்தி பாலிசி புதுப்பிக்கப்படும் வரை பெறலாம்.

தேதி இடம் முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

2. காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பதாரர்களின் விவரங்கள்:

விண்ணப்பதாரர் 1

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி D D M M Y Y Y Y இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சிலின் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

விண்ணப்பதாரர் 2

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி D D M M Y Y Y Y இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சில் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

விண்ணப்பதாரர் 3

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி D D M M Y Y Y Y இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சில் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

விண்ணப்பதாரர் 4

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி D D M M Y Y Y Y இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சில் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

விண்ணப்பதாரர் 5

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி D D M M Y Y Y Y இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சில் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

விண்ணப்பதாரர் 6

பெயர் _____
 பாலினம் ஆண் பெண் மற்றவை உயரம் (அடி) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)
 கைபேசி எண் _____ பிறந்த தேதி _____ இந்தியர் இல்லை என்றால் டிக் செய்யவும் _____
 முன்மொழிபவருடனான உறவு _____
 நீங்கள் ஒரு பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவராக இருந்தால்*, தயவுசெய்து கீழ்க்கண்டவற்றை வழங்கவும்:
 i. மெடிக்கல் ரெஜிஸ்டிரேஷன் நம்பர் _____

ii. கவுன்சில் பெயர் _____
 iii. பணியிட முகவரி _____

*மருத்துவர் என்றால், பிரீமியத்தில் 5% தள்ளுபடி கிடைக்கும். எந்தவொரு மாநில மருத்துவ கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவ கவுன்சில் அல்லது இந்திய அரசாங்கத்தால் அல்லது ஒரு மாநில அரசால் அமைக்கப்பட்ட ஹோமியோபதி கவுன்சில் ஆகியவற்றிலிருந்து செல்லுபடியாகும் ரெஜிஸ்டிரேஷனை பெற்ற ஒரு நபர் அதற்கான குறிப்பிட்ட வரம்பிற்குள் மருத்துவம் பார்க்க உரிமை உண்டு; மேலும் அவரது உரிமத்தின் எல்லை மற்றும் அதிகார வரம்பிற்குள் செயல்படுவார்.

குறிப்புகள்:
 1. முன்மொழிபவர் பாலியினம் கீழ் காப்பீடு செய்யப்பட்டவராக இருக்க வேண்டிய அவசியமில்லை 2. முன்மொழிபவருடனான உறவு அனுமதிக்கப்படுகிறது - தான், மனைவி, மகன், மகள், மருமகன், தந்தை, தாய், மாமனார், மாமியார், தாத்தா, பாட்டி, பேரன், பேத்தி, மருமகன், சகோதரன், சகோதரி, மைத்துனி, மச்சான், மருமகன், மருமகள், மாமா மற்றும் அத்தை
 3. முன்மொழிபவருடனான உறவு அனுமதிக்கப்படுகிறது (முதலாளி, ஊழியர்) - ஊழியர், ஊழியரின் மனைவி, ஊழியரின் மகன், ஊழியரின் மகள், ஊழியரின் தந்தை, ஊழியரின் தாய், ஊழியரின் மாமனார், ஊழியரின் மாமியார், ஊழியரின் பேரன், ஊழியரின் பேத்தி

3. கவரேஜ் தேர்வு:

அடிப்படை கவரேஜ்:

பாலிசி வகை#:	<input type="checkbox"/> தனிநபர் <input type="checkbox"/> ஃபேமிலி <input type="checkbox"/> ஃபிலோட்டர் <input type="checkbox"/> பல தனித்தனி நபர்கள்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்களின் எண்ணிக்கை:	<input type="checkbox"/> பெரியவர்கள் <input type="checkbox"/> குழந்தைகள்
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை:	_____
பாலிசி காலம்:	<input type="checkbox"/> 1 ஆண்டு <input type="checkbox"/> 2 ஆண்டுகள் <input type="checkbox"/> 3 ஆண்டுகள்

ஆப்ட்ஷனல் கவரேஜ்:

1. உடல்நல பரிசோதனை (ஒன்லி கேஷ்லெஸ்)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	6. உடல்நல பரிசோதனை (கேஷ்லெஸ் மற்றும் 20% இணை கட்டணத்துடன் ரீயிம்பல்மெண்ட்)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
2. மருத்துவமனையில் தினசரி செலவிற்கான தொகை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	7. இரண்டாவதாக ஒரு மருத்துவரின் ஆலோசனை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
3. பாதுகாக்கவும்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	8. பாதுகாக்கவும்+	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
4. இணை கட்டண நெட்வொர்க் இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	9. நவீன சிகிச்சை +	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
5. ரீஅஸ்யூர் ஃபாரெவர்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	10. ஃபாஸ்ட் ஃபார்வர்ட் (ஆட்-ஆன்)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
11. ஸ்மார்ட் கேஷ் +	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. ரிட்டர்ன் +	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 100%		
13. பெர்சனல் ஆக்சிடென்ட் கவரேஜ்	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
பெர்சனல் ஆக்சிடென்ட் கவரேஜ் தேர்வுசெய்தால் டிக் செய்யவும் (இந்த விருப்பம் 18 வயது அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மட்டும்)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. மொத்த வருடாந்திர விலக்கு	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000		
15. இணை கட்டணம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. ஏற்கனவே உள்ள நோய்க்கான காத்திருப்பு நேர மாற்றம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 12 மாதங்கள் <input type="checkbox"/> 24 மாதங்கள்		
17. குறிப்பிட்ட நோய்க்கான காத்திருப்பு நேர மாற்றம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 12 மாதங்கள் <input type="checkbox"/> 36 மாதங்கள்		
18. அறை வகை மாற்றம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> பொது வார்டு <input type="checkbox"/> ஒருவர் தங்கும் அறை <input type="checkbox"/> அனைத்து வகைகள்		

*குடும்ப மிதவை தொகை அனைத்து காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினர்களுக்கும் பொதுவானது. மிதவை என்றால் தனித்தனியாகவோ அல்லது கூட்டாகவோ அனைத்து காப்பீடுதாரர்களும் இந்த வரம்பிற்கு உரிமை கோரலாம் குறிப்பு: சேஃப் கார்ட், சேஃப் கார்ட் +, இவை இரண்டிற்கும் இடையே ஒரு ஆப்ட்ஷனை மட்டுமே தேர்வு செய்ய முடியும். இணை கட்டணம் மற்றும் வருடாந்திர மொத்த கழித்தல் ஆகியவற்றில் ஒரு ஆப்ட்ஷனை மட்டுமே தேர்வு செய்ய முடியும். வருடாந்திர சுகாதார பரிசோதனை (கேஷ்லெஸ் மட்டும்) மற்றும் வருடாந்திர சுகாதார பரிசோதனை (கேஷ்லெஸ் மற்றும் 20% இணை கட்டணத்துடன் கூடிய ரீயிம்பல்மெண்ட்) இவை இரண்டிற்கும் இடையே ஒரு ஆப்ட்ஷனை மட்டுமே தேர்வு செய்ய முடியும்.

4. மாற்றத்தக்கது

பாலிசி எண்	காப்பீட்டு நிறுவனம்	பாலிசி தொடங்கும் தேதி	பாலிசி முடியும் தேதி	மாற்றம் செய்வதற்கான காரணங்கள்

எந்த முன்மொழியப்பட்ட காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபருக்காக மாற்றத்திற்கான கோரிக்கை விடுக்கப்படுகிறதோ அவரின் பெயர்	முதல் பாலிசி தொடங்கிய தேதி	கவரேஜில் தொடர்ச்சியாக மாற்றம் கோரப்படும் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	ஏற்கனவே உள்ள பாலிசிகளில் பெறப்பட்ட உரிமைகோரல்கள்	உரிமைகோரல் போனஸ் தற்போது கிடைப்பது	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 1 (பழமையானது)	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 2	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 3	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 4 (காலாவதியாகும் பாலிசி)

5. நியமனம்

பிரேரணையாளர் இறந்தால், பாலிசியின் கீழ் செலுத்த வேண்டிய எந்தவொரு தொகையும் கீழே பெயரிடப்பட்ட நியமனதாரருக்கு செலுத்தப்படும். நியமனதாரர் அத்தகைய கட்டணத்தைப் பெறுவது, பாலிசியின் கீழ் நிறுவனத்தின் பொறுப்பிலிருந்து விடுபடுவதைக் குறிக்கும்.

நியமனதாரர் பெயர்	பிறந்த தேதி	பிரேரணையாளரு டனான உறவு	நியமனதாரரின் முகவரி, மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடி	நியமனதாரர் பெயர் (நியமனதாரருக்கு 18 வயதுக்கு குறைவாக இருந்தால்)

நியமனதாரரின் வங்கி விவரங்களையுள்ள பெயர்:

வங்கி பெயர் கணக்கு வகை சேமிப்பு நடப்பு

அக்கவுண்ட் நம்பர் IFSC குறியீடு

6. நோய்கள், பழக்கவழக்கங்கள் மற்றும் ஏற்கனவே இருக்கும் முன்மொழிவு தகவல்கள்

முக்கியம்: இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையாக மற்றும் முழுமையாக பதிலளிப்பதை உறுதிப்படுத்திக் கொள்ளுங்கள், ஏனெனில் நீங்கள் இங்கு வழங்கும் தகவல்களின் அடிப்படையில் தான் Iva Bupa இன் ஆவணங்கள் இருக்கும். ஏதேனும் முழுமையற்ற, தவறான, ஓரளவு சரியான தகவல்கள் உங்கள் மெடிக்கல் கிளை மற்றும் / அல்லது கவரேஜை பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

பகுதி A: ஏற்கனவே இருக்கும் நோய்கள் குறித்த தகவல்களைப் பகிரவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்					
	1	2	3	4	5	6
பின்வரும் கேள்விகளுக்கு அனைத்து விண்ணப்பதாரரும் பதிலளிக்கவும். தயவுசெய்து ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்						
காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் வயது <= 35 வருடங்கள்						
1. பின்வரும் நோய்களில் ஏதேனும் ஒன்றால் நீங்கள் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா?						
a. புற்றுநோய் / லுகேமியா / வீரியம் மிக்க கட்டி						
b. இதய நோய்கள் (மாரடைப்பு, பை-பாஸ் அறுவை சிகிச்சை போன்றவை)						
c. முக்கிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிறுநீரகம், கல்லீரல், இதயம், நுரையீரல் போன்றவை)	Y	N	Y	N	Y	N
d. நரம்பியல் கோளாறு / பக்கவாதம் / முடக்கம்						
e. நாள்பட்ட நுரையீரல் அடைப்பு நோய் (சிஓபிடி) / முற்போக்கான நுரையீரல் நோய்						
f. ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி, நாள்பட்ட கல்லீரல் நோய், கிரோன் நோய், அல்சரேட்டிவ் பெருங்குடல் அழற்சி						
g. இரும்புச்சத்து குறைபாடு அன்றி வேறு ஏதேனும் இரத்த சோகை						
h. நீரிழிவு நோய் டைப் 1						
2. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N
3. உங்களுக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N
4. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுட் காலத்தில், ஆயுள், உடல்நலம், மருத்துவமனையில் தினசரி தேவைப்படும் தொகை அல்லது ஆபத்தான நோய் காப்பீட்டிற்கான எந்தவொரு திட்டமும் எந்த காப்பீட்டு நிறுவனத்தாலும் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, அனுமதி அல்லது விலக்குகள் போன்ற ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N
5. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மன/ மனநல கோளாறுகள் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது சிகிச்சை பெற்றாரா?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ஒரு வாரத்திற்கு மேல் சிகிச்சை தேவைப்படும் நோய் எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளதா? எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? அல்லது அறுவைசிகிச்சை செய்யுமாறு அறிவுறுத்தப்பட்டதா? தற்போது ஃபாலோஅப் அதாவது சிகிச்சைக்கு பின் குறிப்பிட்ட இடைவெளிகளில் நோயின் நிலையை தெரிந்துகொள்ள மருத்துவரை சந்திக்கிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் சிகிச்சைக்காக காத்திருக்கிறீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N
7. பான்சில் மற்றும் அடினாய்டுகள், காதில் இருந்து சீழ் வெளியேற்றம், நடுத்தர காத் மற்றும் மாஸ்டாய்டு நோய்கள் (நடு காத் அழற்சி, கொஸல்டோமா, டைம்மானிக் சவ்வு துளைத்தல் உட்பட), நாசி செப்டம் மற்றும் நாசி சைனஸ்கள் ஆகியவற்றிற்கு ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது செய்து கொண்டீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N

பின்வரும் கேள்விகளுக்கு அனைத்து விண்ணப்பதாரரும் பதிலளிக்கவும். தயவுசெய்து ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்					
	1	2	3	4	5	6
காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் வயது >=36 முதல் =50 வயது வரை						
1. பின்வரும் நோய்களில் ஏதேனும் ஒன்றால் நீங்கள் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா?						
a. புற்றுநோய் / லுகேமியா / வீரியம் மிக்க கட்டி						
b. இதய நோய்கள் (மாரடைப்பு, பை-பாஸ் அறுவை சிகிச்சை போன்றவை)						
c. முக்கிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிறுநீரகம், கல்லீரல், இதயம், நுரையீரல் போன்றவை)	Y	N	Y	N	Y	N
d. நரம்பியல் கோளாறு / பக்கவாதம் / முடக்கம்						
e. நாள்பட்ட நுரையீரல் அடைப்பு நோய் (சிஓபிடி) / முற்போக்கான நுரையீரல் நோய்						
f. ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி, நாள்பட்ட கல்லீரல் நோய், கிரோன் நோய், அல்சரேட்டிவ் பெருங்குடல் அழற்சி						
g. இரும்புச்சத்து குறைபாடு அன்றி வேறு ஏதேனும் இரத்த சோகை						
h. நீரிழிவு நோய் டைப் 1						
2. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N
3. உங்களுக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N
4. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுட் காலத்தில், உடல்நலம், மருத்துவமனை தினசரி ரொக்கம் அல்லது ஆபத்தான நோய் காப்பீட்டிற்கான எந்தவொரு திட்டமும் எந்த காப்பீட்டு நிறுவனத்தாலும் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, அனுமதி அல்லது விலக்குகள் போன்ற ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6		
5. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மன/ மனநல கோளாறுகள் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது சிகிச்சை பெற்றாரா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. ஒரு வாரத்திற்கு மேல் சிகிச்சை தேவைப்படும் நோய் எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளதா? எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? அல்லது அறுவைசிகிச்சை செய்யுமாறு அறிவுறுத்தப்பட்டதா? தற்போது ஃபாலோஅப் அதாவது சிகிச்சைக்கு பின் குறிப்பிட்ட இடைவெளிகளில் நோயின் நிலையை தெரிந்துகொள்ள மருத்துவரை சந்திக்கிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் சிகிச்சைக்காக காத்திருக்கிறீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. டான்சில்ஸ் மற்றும் அடினாய்டுகள், காதில் இருந்து சீழ் வெளியேற்றம், நடுத்தர காது மற்றும் மான்டாய்டு நோய்கள் (நடு காது அழற்சி, கொலஸ்டோமா, டைம்பானிக் சர்வ் துளைத்தல் உட்பட), நாசி செப்டம் மற்றும் நாசி சைனஸ்கள் ஆகியவற்றிற்கு ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது செய்து கொண்டீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. தைராய்டு சுயவிவரம், லிப்பிட் சுயவிவரம், டிரெட்மில் சோதனை, ஆஞ்சியோகிராபி, எக் கோ கார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், சிடி ஸ்கேன், எம்ஆர்ஐ, பயாப்ளி மற்றும் எஃப்என்ஏசி தொடர்பான ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனை அல்லது விசாரணையில் இந்த உறுப்பினருக்கு ஏதேனும் பாதகமான கண்டுபிடிப்புகள் இருந்திருக்கிறதா? (பாதகமான)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. அசாதாரண மாதவிடாய் அல்லது அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கு, ஃபைப்ராய்டுகள், கருப்பை மற்றும் கர்ப்பப்பை வாய் நீக்கம், எண்டோமெட்ரியோசிஸ், PCOD, கருப்பை நீக்கம் போன்றவை போன்ற ஏதேனும் மகளிர் நோய் பிரச்சனை உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. மலம் கழிக்கும்போது வலி, மலத்தில் இரத்தம், மூல நோய், பிளவு அல்லது ஃபிஸ்தூலா அல்லது ஆசனவாய் மற்றும் மலக்குடல் பகுதியின் புண், குடலிறக்கம், கணைய அழற்சி, வயிற்று வலி, பித்தப்பை கல், கணையத்தில் கல், புண், அரிப்பு மற்றும் இரைப்பை குடல் பாதையின் வீக்கம் போன்ற ஏதேனும் இரைப்பை குடல் கோளாறுகள் உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா...	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. உங்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் மங்கலான பார்வை, கண்புரை, கிளெளகோமா, ரெடினல் detachment போன்ற ஏதேனும் கண் கோளாறு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. உங்களுக்கு சிறுநீரில் இரத்தம், வலிமிருந்த சிறுநீர் கழித்தல், அடிக்கடி சிறுநீர் கழித்தல், புரோஸ்டேட் மிகைப்பெருக்கம், சிறுநீரக கல், ஹைட்ரோசெல், ஸ்பெர்மடோசெல், நெஃப்ரிடிஸ் போன்ற ஏதேனும் பிறப்புறுப்பு-சிறுநீர் கோளாறு உள்ளதா.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. உங்களுக்கு மூட்டு வலி / முழங்கால் வலி, மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை, ஆஸ்டியோஆர்த்ரிடிஸ், முதுகு வலி, முதுகெலும்பு வட்டு கோளாறுகள் / நழுவுல் வட்டு (PVD போன்றவை), ஆஸ்டியோபோரோசிஸ், கல்வாதம், முடக்கு வாதம், தசைநார் பழுதுபார்ப்புக்கான அறுவை சிகிச்சை (ACL கிழிதல் போன்றவை) போன்ற ஏதேனும் தசைக்கூட்டு கோளாறு உள்ளதா...	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

பின்வரும் கேள்விகளுக்கு அனைத்து விண்ணப்பதாரரும் பதிலளிக்கவும். தயவுசெய்து ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்							
	1	2	3	4	5	6		
காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் வயது >=51 வயது								
1. பின்வரும் நோய்களில் ஏதேனும் ஒன்றால் நீங்கள் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா? a. புற்றுநோய் / லுகேமியா / வீரியம் மிக்க கட்டி b. இதய நோய்கள் (மாரடைப்பு, பைபாஸ் அறுவை சிகிச்சை போன்றவை) c. முக்கிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிறுநீரகம், கல்லீரல், இதயம், நுரையீரல் போன்றவை) d. நரம்பியல் கோளாறு / பக்கவாதம் / முடக்கம் e. நாள்பட்ட நுரையீரல் அடைப்பு நோய் (சிஓபிடி) / முற்போக்கான நுரையீரல் நோய் f. ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி, நாள்பட்ட கல்லீரல் நோய், கிரோன் நோய், அல்சரேட்டிஸ் பெருங்குடல் அழற்சி g. இரும்புச்சத்து குறைபாடு அன்றி வேறு ஏதேனும் இரத்த சோகை h. நீரிழிவு நோய் டைப் 1	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. உங்களுக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் இருக்கிறதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுட் காலத்தில், உடல்நலம், மருத்துவமனை திணை ரொக்கம் அல்லது ஆபத்தான நோய் காப்பீட்டிற்கான எந்தவொரு திட்டமும் எந்த காப்பீட்டு நிறுவனத்தானும் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, அனுமதி அல்லது விலக்குகள் போன்ற ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மன/ மனநல கோளாறுகள் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது சிகிச்சை பெற்றாரா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. ஒரு வாரத்திற்கு மேல் சிகிச்சை தேவைப்படும் நோய் எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளதா? எப்போதாவது அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா? அல்லது அறுவைசிகிச்சை செய்யுமாறு அறிவுறுத்தப்பட்டதா? தற்போது ஃபாலோஅப் அதாவது சிகிச்சைக்கு பின் குறிப்பிட்ட இடைவெளிகளில் நோயின் நிலையை தெரிந்துகொள்ள மருத்துவரை சந்திக்கிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் சிகிச்சைக்காக காத்திருக்கிறீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. டான்சில்ஸ் மற்றும் அடினாய்டுகள், காதில் இருந்து சீழ் வெளியேற்றம், நடுத்தர காது மற்றும் மான்டாய்டு நோய்கள் (நடு காது அழற்சி, கொலஸ்டோமா, டைம்பானிக் சர்வ் துளைத்தல் உட்பட), நாசி செப்டம் மற்றும் நாசி சைனஸ்கள் ஆகியவற்றிற்கு ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது செய்து கொண்டீர்களா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. தைராய்டு சுயவிவரம், லிப்பிட் சுயவிவரம், டிரெட்மில் சோதனை, ஆஞ்சியோகிராபி, எக் கோ கார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், சிடி ஸ்கேன், எம்ஆர்ஐ, பயாப்ளி மற்றும் எஃப்என்ஏசி தொடர்பான ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனை அல்லது விசாரணையில் இந்த உறுப்பினருக்கு ஏதேனும் பாதகமான கண்டுபிடிப்புகள் இருந்திருக்கிறதா? (பாதகமான)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. அசாதாரண மாதவிடாய் அல்லது அதிகப்படியான இரத்தப்போக்கு, ஃபைப்ராய்டுகள், கருப்பை மற்றும் கர்ப்பப்பை வாய் நீக்கம், எண்டோமெட்ரியோசிஸ், PCOD, கருப்பை நீக்கம் போன்றவை போன்ற ஏதேனும் மகளிர் நோய் பிரச்சனை உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. மலம் கழிக்கும்போது வலி, மலத்தில் இரத்தம், மூல நோய், பிளவு அல்லது ஃபிஸ்தூலா அல்லது ஆசனவாய் மற்றும் மலக்குடல் பகுதியின் புண், குடலிறக்கம், கணைய அழற்சி, வயிற்று வலி, பித்தப்பை கல், கணையத்தில் கல், புண், அரிப்பு மற்றும் இரைப்பை குடல் பாதையின் வீக்கம் போன்ற ஏதேனும் இரைப்பை குடல் கோளாறுகள் உங்களுக்கு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா...	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. உங்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் மங்கலான பார்வை, கண்புரை, கிளெளகோமா, ரெடினல் detachment போன்ற ஏதேனும் கண் கோளாறு உள்ளதா அல்லது இருந்ததா.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. உங்களுக்கு சிறுநீரில் இரத்தம், வலிமிருந்த சிறுநீர் கழித்தல், அடிக்கடி சிறுநீர் கழித்தல், புரோஸ்டேட் மிகைப்பெருக்கம், சிறுநீரக கல், ஹைட்ரோசெல், ஸ்பெர்மடோசெல், நெஃப்ரிடிஸ் போன்ற ஏதேனும் பிறப்புறுப்பு-சிறுநீர் கோளாறு உள்ளதா.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. உங்களுக்கு மூட்டு வலி / முழங்கால் வலி, மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை, ஆஸ்டியோஆர்த்ரிடிஸ், முதுகு வலி, முதுகெலும்பு வட்டு கோளாறுகள் / நழுவுல் வட்டு (PVD போன்றவை), ஆஸ்டியோபோரோசிஸ், கல்வாதம், முடக்கு வாதம், தசைநார் பழுதுபார்ப்புக்கான அறுவை சிகிச்சை (ACL கிழிதல் போன்றவை) போன்ற ஏதேனும் தசைக்கூட்டு கோளாறு உள்ளதா...	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
14. உங்களுக்கு கீழ் மூட்டுகளில் வலி அல்லது வீக்கம், கீழ் முனைகளின் வெரிகோஸ் நரம்புகள் உள்ளதா அல்லது இருந்ததா	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
15. உங்களுக்கு அனைத்து உள் அல்லது வெளிப்புறமான வீரியமற்ற கட்டிகள்/கட்டிகள், நீர்க்கட்டி, சைனஸ், பாலிப், முடிச்சுகள், திசு அல்லது கட்டி, புண், அரிப்பு மற்றும் இரைப்பை குடல் பாதையின் வீக்கம் உள்ளதா அல்லது இருந்ததா.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

8. வட்டார மொழி அறிக்கை

(முன்மொழிபவர் வட்டார மொழியில் கையெழுத்திட்டிருந்தால் சான்றிதழ் (நிறுவனத்தின் முகவர்/ ஊழியர் தவிர வேறு யாராவது சாட்சியாக இருக்க வேண்டும்). இந்த படிவத்தின் உள்ளடக்கம் மற்றும் அதன் விவரங்கள் வட்டார மொழியில் முன்மொழிபவருக்கு என்னால் விளக்கப்பட்டுள்ளது, அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார்:

சான்றளிக்கும் நபரின் பெயர்:	<input type="text"/>	சான்றளிக்கும் நபரின் கையொப்பம்:	<input type="text"/>	சான்றளிக்கும் நபரின் மொபைல் எண்:	<input type="text"/>
சாட்சியின் பெயர்:	<input type="text"/>	சாட்சியின் கையொப்பம்:	<input type="text"/>	சாட்சியின் மொபைல் எண்:	<input type="text"/>
முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் <input type="text"/>					

9. முன்மொழிபவர் அறிக்கை

(எந்த காரணத்திற்காகவும், முன்மொழிபு மற்றும் தொடர்புடைய பிற ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்படாவிட்டால் சான்றிதழ்). முன்மொழிபு படிவம் மற்றும் தொடர்புடைய ஆவணங்களின் உள்ளடக்கம் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளது மேலும் முன்மொழியப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிபு படிவம் _____ எனது அறிவுறுத்தலின் கீழ் நிரப்பப்பட்டது மேலும் அது சரியானது மற்றும் முழுமையானது என்று நான் கண்டறிந்தேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

10. பிரீமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரீமியம் செலுத்தும் ஆபீஸின்	<input type="text"/>	காசோலை	<input type="text"/>	வரைவோலை	<input type="text"/>	கடன் அட்டை / டெபிட் அட்டை	<input type="text"/>	நெட் பேங்கிங்	<input type="text"/>	ரொக்கம்	<input type="text"/>	மற்றவைகள்	<input type="text"/>
பிரீமிய தொகை	<input type="text"/>	ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ID:	<input type="text"/>	தேதி	<input type="text"/>	நிவா பூபா கிளை இடம்	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
வங்கி பெயர்/கிளை	<input type="text"/>	குறியீடு எண்:	<input type="text"/>	வணிகம் பெறப்பட்ட மூலம்: ஆலோசகர்/DST/கார்ப்பரேட் ஏஜென்சி/பிற சேனல்கள்	<input type="text"/>	குறியீடு எண்:	<input type="text"/>	பெயர்	<input type="text"/>	முன்மொழிபு பெறப்பட்டது:	<input type="text"/>	வாடிக்கையாளர் ID:	<input type="text"/>
முன்மொழிபவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஊழியரா?	<input type="text"/>	ஆம்	<input type="text"/>	இல்லை	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

11. வங்கி காப்பீட்டு சேனல்களான கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு	<input type="text"/>	SP குறியீடு	<input type="text"/>	RM/LG குறியீடு	<input type="text"/>
வாடிக்கையாளரின் அக்கவுண்ட் நம்பர்	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

12. காப்பீட்டு ஆலோசகரின் அறிக்கை (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

நான், ஒரு காப்பீட்டு ஆலோசகர் / கார்ப்பரேட் முகவரின் குறிப்பிட்ட நபர் / தரகரின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் / உறவு அதிகாரி என்ற எனது திறனில், இந்த முன்மொழிபு படிவத்தில் உள்ள அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும், இந்த முன்மொழிபு படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மையையும், முன்மொழிபவருக்கு நான் விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன் மூலம் அறிவிக்கிறேன். அவர்/அவள் இந்த முன்மொழிபு படிவத்தில் கேள்விகளுக்கு அளித்த அறிக்கை(கள்), தகவல் மற்றும் பதில்(கள்) உட்பட இங்கு கேட்கப்படும் விவரங்கள் நிறுவனம் பாலிசியை வழங்குவதற்காக இந்த முன்மொழிவை ஏற்றுக்கொண்டால், நிறுவனம் மற்றும் முன்மொழிபவருக்கு இடையிலான காப்பீட்டு ஒப்பந்தத்தின் அடிப்படையாக இருக்கும்.

இந்த முன்மொழிபு படிவம்/இணைப்பு(கள்), பிரமாணப் பத்திரங்கள், அறிக்கைகள், சமர்ப்பிப்புகள், வழங்கப்பட்டவை/வழங்கப்பட வேண்டியவை ஆகியவற்றில் ஏதேனும் உண்மைக்கு மாறான அறிக்கை(கள்) / தகவல் / பதில்(கள்) இருந்தால் மற்றும் மேலும் ஏதேனும் முக்கியமான உண்மை வெளிப்படுத்தப்படாமல் இருந்தால், இந்த முன்மொழிபுக்கு இணங்க அவருக்கு/அவளுக்கு ஆதரவாக வழங்கப்பட்ட பாலிசியை நிறுவனம் செல்லாததாகக் கருதலாம் மேலும் பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பிரீமியங்களும் நிறுவனத்திற்கு பறிமுதல் செய்யப்படலாம் என்பதை நான் மேலும் விளக்கியுள்ளேன்.

தேதி

காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

13. சட்டப்பூர்வ எச்சரிக்கை

தள்ளுபடிகள் மீதான தடை (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 பிரிவு 41-இன் கீழ்)

- இந்தியாவில் உள்ள உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்தவொரு ஆபத்து தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க அல்லது தொடர எந்தவொரு நபருக்கும் தூண்டுதலின் பேரிலோ, நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ, செலுத்த வேண்டிய கமிஷனின் முழு அல்லது பகுதியளவு தள்ளுபடியையோ அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரிமியத்தின் எந்த தள்ளுபடியையோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது, மேலும் பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அல்லது தொடரும் எந்த நபரும் காப்பீட்டாளருக்கு தெரிவிக்கப்பட்ட விவரங்கள் அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர எந்த தள்ளுபடியையும் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடாது,
- இந்த பிரிவின் விதிகளை பின்பற்றத் தவறிய எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை அபராதம் விதிக்கப்படலாம்.

14. கிராமப்புற மற்றும் சமூக துறை வகை (பொருந்தினால்):

ASHA தொழிலாளி

MGNREGA தொழிலாளி

15. ABHA ID

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?	ABHA ID	ABHA மூலம் காப்பீட்டாளர்கள்/TPA-க்களுடன் மருத்துவ பதிவுகளைப் பகிரலுப்பதில்
<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

16. ரீஃபண்ட் மற்றும் உரிமைகோரல்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான ஆப்டன்: வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்

வங்கி பெயர்

அக்கவுண்ட் நம்பர்

IFSC குறியீடு

அக்கவுண்ட் டைப்

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்:- சி-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1, புது தில்லி-110024
மறுப்பு: காப்பீடு, நிபந்தனைகள் மற்றும் விதிமுறைகளுக்கு உட்பட்டது. நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (IRDAI பதிவு எண். 145).

'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட் பீட்' லோகோ ஆகியவை அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் உரிமத்தின் கீழ் பயன்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. வாடிக்கையாளர் உதவி எண்: 1860-500-8888.

இணையதளம்: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், இடர் காரணிகள், காத்திருப்பு காலம் மற்றும் பலன்கள் பற்றிய கூடுதல் விவரங்களுக்கு, விற்பனையை முடிக்கும் முன் விற்பனை கையேட்டை கவனமாகப் படிக்கவும்.

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்:- சி-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1, புது தில்லி-110024
மறுப்பு: காப்பீடு, நிபந்தனைகள் மற்றும் விதிமுறைகளுக்கு உட்பட்டது. நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (IRDAI பதிவு எண். 145).
'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட் பீட்' லோகோ ஆகியவை அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் உரிமத்தின் கீழ் பயன்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. வாடிக்கையாளர் உதவி எண்: 1860-500-8888.
இணையதளம்: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், இடர் காரணிகள், காத்திருப்பு காலம் மற்றும் பலன்கள் பற்றிய கூடுதல் விவரங்களுக்கு, விற்பனையை முடிக்கும் முன் விற்பனை கையேட்டை கவனமாகப் படிக்கவும்.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

நிறுவனத்தின் ஒப்புதல்

விண்ணப்ப எண்.

தேதி

உங்கள் விண்ணப்பம் மற்றும் காசோலை/வரைவோலை/மற்றவைகள் மூலம் பெறப்பட்ட தொகை ரூ. _____ தேதி _____ மீது எடுக்கப்பட்டது என்பதை நன்றியுடன் ஒப்புக்கொள்கிறோம். காப்பீட்டிற்கான முழுமையாக்கப்பட்ட விண்ணப்பத்தை எங்களுக்குச் சமர்ப்பித்தாலோ அல்லது பாலிசி வழங்குவதற்காக ஏதேனும் பணம் செலுத்தப்பட்டாலோ, பாலிசியை வழங்க நாங்கள் கடமைப்பட்டிருக்கவில்லை, இது எங்கள் முழு மற்றும் முழுமையான விருப்பத்தின் பேரில் எப்போதும் இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பத்தை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது, மேலும் பிரீமியம் முழுமையாகவும் சரியான நேரத்திலும் எங்களுக்குக் கிடைக்கவில்லை என்றால் அல்லது உணரப்படவில்லை என்றால் எங்களுக்கு எந்தப் பொறுப்பும் இல்லை. நாங்கள் விண்ணப்பத்தை ஏற்றுக்கொள்ளவில்லை என்றால், நாங்கள் உங்களுக்குத் தெரிவித்து, மருத்துவப் பரிசோதனைகளின் செலவைக் கழித்த பிறகு, ஏதேனும் இருந்தால், உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட கட்டணத்தைத் திருப்பித் தருவோம்.

பெறுபவரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324