



2. கவரேடு தேர்வு:

வார்ட்டில்லிடிக்கு விண்ணப்பிக்கிறீர்கள்: [ ] ஆம் [ ] இல்லை ("ஆம்" என்றால், தயவுசெய்து தனி பெயர்வத்திற்குள் படிவத்தையும் நிரப்பவும்).

தயவுசெய்து தொடர்புடைய பெட்டிகளைக் செய்யவும்:

அடிப்படை கவரேடு:

காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை: [ ] கொள்கை வகை: [ ] நபர் [ ] உயர்விலி உபயோகம் [ ]

காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய உயிர்கள்: [ ] 1A [ ] 1A + 1C [ ] 1A + 2C [ ] 1A + 3C [ ] 1A + 4C [ ] 2A [ ] 2A + 1C [ ] 2A + 2C [ ] 2A + 3C [ ] 2A + 4C

பாலினி கவரேடு: [ ] மண்டலம் 1: அகில இந்திய பாதுகாப்பு [ ] மண்டலம் 2: மும்பை, டெல்லி, சென்னை, கர்நாடகம் மற்றும் குஜராத் மாநிலத்திற்கு இணைக்கப்பட்ட அகில இந்திய காப்பீட்டு பொருள்கள்

(குறிப்பு: நீங்கள் மண்டலம் 2 இல் தேர்ந்தெடுத்தால், மும்பை, டெல்லி, சென்னை, கர்நாடகம் மற்றும் குஜராத் மாநிலத்தில் சிசிசெசுக்கு 20% இணைக்கப்பட்ட பொருள்கள். இந்த மண்டல வாரியான இணைக்கப்பட்ட 0% ஆவணங்கள், அவசர ஆய்வுகள், கார்டர் பரிசீலனை / டிராபர்தஸ் சேர்த்துக்கொள்ள, இரண்டாவது மருத்துவ கருத்து, நடத்தை உதவி இடமும் மற்றும் தனிநபர் விபத்து காப்பீடு ஆகியவற்றிற்கு பொருத்தமா.)

வார்ட்டிற்கு மொத்த விலக்கு: [ ] ஆம் [ ] இல்லை ஆம் எனில், கழிக்கக்கூடிய தொகையை தேர்வு செய்யவும்:

[ ] ரூ.25,000 [ ] ரூ.50,000 [ ] ரூ.1 லட்சம் [ ] ரூ.2 லட்சம் [ ] ரூ.3 லட்சம் [ ] ரூ.5 லட்சம் [ ] ரூ.10 லட்சம்

தயாரிப்பின் சில விருப்ப கவரேடு:

a. கார்டர் பற்றியான (தனிப்பயனர்க்கப்பட்ட கார்டர் பற்றி மற்றும் பதுப்பித்தல் தள்ளுபடி அடிப்படையில் கார்டர் மதிப்பெண்ணைக் கண்காணி) [ ] ஆம் [ ] இல்லை

ஆம் என்றால், தயவுசெய்து காப்பீடு செய்ய வேண்டிய வாழ்க்கையைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்: [ ] முதன்மை காப்பீட்டு பெற்ற நபர் [ ] முதன்மை காப்பீட்டு நபர் வாழ்க்கைத் துணையுடன்

[ ] வெறுத்தகாசு கவரேடு தேர்வு செய்யும் பட்சத்தில், பாலினி சீழ் சேவைகளை வழங்க எண்ணத் தொடர்பு கொள்ள சேவை வழங்குதற்கு நிறுவனம் எனது தொடர்புடைய விவரங்களை வழங்கக்கூடும் என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். பலன் களைப் பெறுவதற்கான எனது தகுதியைக் கண்காணிக்க, பதிவு செய்ய மற்றும் கண்காணிப்பு மொண்டல் பயன்பாட்டில் உள்ள கண்காணிப்பு விவரங்களை நிறுவனம் மற்றும் சேவை வழங்குதல் கோர் வேண்டும் என்பதையும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் ஒப்புக்கொள்கிறேன். நிறுவனம் அதன் அங்கீகரிக்கப்பட்ட சேவை வழங்குதலும் குறிப்பிட்ட கால அடிப்படையில் இந்த விவரங்களை அணுகலாம் மற்றும் பதிவு செய்யலாம் மற்றும் பாலினி சீழ் உள்ள நன்மைகளைக் கண்காணிப்பதற்கும் ஒப்பு இந்த விவரங்களைப் பயன்படுத்தலாம் என்பதை எனது சேர்த்த விருப்பத்தின் மூலம் மற்றும் எந்தவொரு நிர்ப்பந்தமும் இல்லாமல் நான் உறுதியளித்து ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்

b. ஜப்பராடெக்ட் (ஒவ்வொரு ஆண்டும் காப்பீட்டுத் தொகையில் 10% வாழ்நாள் அதிகரிப்பு): [ ] ஆம் [ ] இல்லை

c. தனிநபர் விபத்து காப்பீடு: [ ] ஆம் [ ] இல்லை

ஆம் என்றால், தயவுசெய்து காப்பீடு செய்ய வேண்டிய வாழ்க்கையைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்: [ ] முதன்மை காப்பீட்டு பெற்ற நபர் [ ] முதன்மை காப்பீட்டு நபர் வாழ்க்கைத் துணையுடன்

அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை ரூ. 5 லட்சம் மற்றும் அதற்கு மேல், தயவுசெய்து தேர்ந்தெடுக்கவும் தனிநபர் விபத்து காப்பீட்டுத் தொகை [ ] 25 ஏரி [ ] 50 ஏரி

(இயல்புநிலை தனிநபர் விபத்து காப்பீட்டுத் தொகை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை ரூ. 1 லட்சம் அல்லது 2 லட்சம் காப்பீட்டுத் தொகை மற்றும் அடிப்படைக்கு ரூ. 25 லட்சம் காப்பீட்டுத் தொகை ரூ. 3 லட்சம் அல்லது 4 லட்சம்)

3. காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பதாரர்களின் விவரங்கள்:

வயதுவந்தாரர் 1

பெயர் [ ]

பாலினம் [ ] ஆண் [ ] பெண் [ ] வேறு [ ] உயரம் [ ] (ஹீட்டர்) [ ] (அங்குலம்) [ ] எடை [ ] (கிலோ) [ ]

வெயிர்மடல்கள் [ ] (அங்குலம்) [ ] பிறந்த நாள் [ ] மொண்டல் எண் [ ] (கட்டாயம்) [ ]

முன்மொழிபலனான உறவு (தயவுசெய்து விருப்பத்தைக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / மகன் / மருமகன் / மருமகன் / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / தாத்தா / பாட்டி / பெண் / பெத்தி / சகோதரர் / சகோதரி / மைத்துனி / மைத்துனர் / மருமகன் / மருமகன் / முதலாளி பணியாளர்

தொழில் [ ] இந்நியன் இல்லையென்றால் இது செய்யவும் [ ] பி.இ.பி. என்றால் இது செய்யவும் [ ]

வயதுவந்தாரர் 2

பெயர் [ ]

பாலினம் [ ] ஆண் [ ] பெண் [ ] வேறு [ ] உயரம் [ ] (ஹீட்டர்) [ ] (அங்குலம்) [ ] எடை [ ] (கிலோ) [ ]

வெயிர்மடல்கள் [ ] (அங்குலம்) [ ] பிறந்த நாள் [ ] மொண்டல் எண் [ ] (கட்டாயம்) [ ]

உறவு வயது வந்தவரின் மனைவி: [ ]

தொழில் [ ] இந்நியன் இல்லையென்றால் இது செய்யவும் [ ] பி.இ.பி. என்றால் இது செய்யவும் [ ]

குறிப்பு 1

பெயர் \_\_\_\_\_

பாதினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (ஹாட்ட) (அங்குலம்) கை (இலா) (இலா)

வெயிர்/கைகள் (அங்குலம்) பிறந்த நாள் \_\_\_\_\_ உறவு வயது வந்தவரின் மகன் 1 \_\_\_\_\_ முதிர்ந்த பூச்சி 1 \_\_\_\_\_

இந்தியன் இல்லை/பென்றால் சூக செய்யவும் \_\_\_\_\_ பி.இ.பி. என்றால் சூக செய்யவும் # \_\_\_\_\_

குறிப்பு 2

பெயர் \_\_\_\_\_

பாதினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (ஹாட்ட) (அங்குலம்) கை (இலா) (இலா)

வெயிர்/கைகள் (அங்குலம்) பிறந்த நாள் \_\_\_\_\_ உறவு வயது வந்தவரின் மகன் 1 \_\_\_\_\_ முதிர்ந்த பூச்சி 1 \_\_\_\_\_

இந்தியன் இல்லை/பென்றால் சூக செய்யவும் \_\_\_\_\_ பி.இ.பி. என்றால் சூக செய்யவும் # \_\_\_\_\_

குறிப்பு 3

பெயர் \_\_\_\_\_

பாதினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (ஹாட்ட) (அங்குலம்) கை (இலா) (இலா)

வெயிர்/கைகள் (அங்குலம்) பிறந்த நாள் \_\_\_\_\_ உறவு வயது வந்தவரின் மகன் 1 \_\_\_\_\_ முதிர்ந்த பூச்சி 1 \_\_\_\_\_

இந்தியன் இல்லை/பென்றால் சூக செய்யவும் \_\_\_\_\_ பி.இ.பி. என்றால் சூக செய்யவும் # \_\_\_\_\_

குறிப்பு 4

பெயர் \_\_\_\_\_

பாதினம் ஆண் பெண் வேறு உயரம் (ஹாட்ட) (அங்குலம்) கை (இலா) (இலா)

வெயிர்/கைகள் (அங்குலம்) பிறந்த நாள் \_\_\_\_\_ உறவு வயது வந்தவரின் மகன் 1 \_\_\_\_\_ முதிர்ந்த பூச்சி 1 \_\_\_\_\_

இந்தியன் இல்லை/பென்றால் சூக செய்யவும் \_\_\_\_\_ பி.இ.பி. என்றால் சூக செய்யவும் # \_\_\_\_\_

4. நியமனம்

முன்மொழிபவர் இறந்துவிட்டால், பாதினியின் கீழ் சேலத்த வேண்டிய எந்தவொரு பணமும் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நியமனதாரருக்கு சேலத்தப்படும். நியமனதாரர் அத்தகைய பணத்தைப் பெறுவது பாதினியின் கீழ் நிறுவனத்தின் பொறுப்பை நிறைவேற்றுவதாகும். மற்ற அனைத்து விண்ணப்பதாரர்களுக்கும் நாமின் செயல்பாடு முன்மொழிபவராக இருப்பார்.

நியமனதாரர் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	நாமினியின் முகவரி, மொஸ்டல் எண் மற்றும் பின்னஞ்சல் குடி	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர் 18 வயதுக்கு குறைவாக இருக்காது)

நாமினியின் வங்கி விவரங்கள்: \_\_\_\_\_

பயனாளியின் பெயர்: \_\_\_\_\_

வங்கியின் பெயர் \_\_\_\_\_ கணக்கு வகை \_\_\_\_\_ சேமிப்பு \_\_\_\_\_ நடப்பிடுகின்ற \_\_\_\_\_

கணக்கு எண் \_\_\_\_\_ #XXXXXXXXXXXX

**5. மருத்துவம் மற்றும் பழக்கப் பற்றிய தகவல்**

மூக்கியமானது: இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையானவரும் முழுமையானவரும் பதிலளிப்பதை உறுதிசெய்ய, ஏனெனில் நீங்கள் இங்கே வழங்கும் தகவல்கள் நிவாரணப் பணிகளில் ஈடுபடுவதில் உங்களுக்கு உதவக்கூடியதாக இருக்கும்.

ஏதாவது முழுமையற்ற, தவறான, பகுதியளவு சரியான தகவல் உங்கள் உரிமைமோதல் மற்றும்/அல்லது கவரையு பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும். பிரிவு A மற்றும் B இன் கீழ் உள்ள கேள்விகளுக்கு ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடுவதன் மூலம் பதிலளிக்கவும். பிரிவு C இல் ஏதேனும் வெளிப்படுத்தல் விவரங்களை வழங்கவும்.

பிரிவு A: மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றிய தகவல்களைப் பகிரவும்							
ஏவ்வொரு விண்ணப்பதாரிக்கும் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்						
	அ1	அ2	பி 1	பி 2	பி 3	பி 4	
<b>1.</b> விண்ணப்பதாரர் ஏதேனும் ஆயோசனை பெற்றாரா அல்லது முன்பே இறந்ததும் ஏதேனும் நிலைமைகளுக்கு சிகிச்சை பெற்றாரா அல்லது பின்வருவனவற்றில் ஏதேனும் இருந்தாரா?							
<b>i.</b> ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை அல்லது அறுவை சிகிச்சை முறைகள்	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>ii.</b> 5 நாட்களுக்கு மேல் மருத்துவமனையில் அனுமதித்தல்	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>iii.</b> 14 நாட்களுக்கு மேல் மருந்துகள் (வாய்வழி/ உள்நீர்மூலம் / ஊசி / மேற்பூச்சு உட்கட்டல்)	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>iv.</b> ஜலதோஷம், காப்ச்சல், தொண்டின், சிறு காயம் அல்லது பிற சிறு விபாதங்கள் தவிர உட்கட்டல் 6 மாதங்களில் ஏற்பட்ட ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனை அல்லது விசாரணை அல்லது நீக்கத் தடுக்கிகள் பாதகமான கண்டுபிடிப்புகள்	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>v.</b> உயர் அல்லது குறைந்த இரத்த அழுத்தம்/நீரிழிவு அல்லது அசாதாரண இரத்த சர்க்கரை	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>vi.</b> ஏதேனும் புற்றுநோய், நாளிட்ட சிறுநீரக நோய், மனநலம், நரம்பியல் (மூளை / முதுகெலும்பு) அல்லது தொடர்புடைய கோளாறுகள்	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
கீழ்க்கண்ட கேள்விகளுக்கு 18-30 வயதுக்குட்பட்ட பெண்கள் மட்டுமே பதிலளிக்க வேண்டும்							
<b>2.</b> நீங்கள் தற்போது கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது தற்போதைய அல்லது முந்தைய கர்ப்பங்களில் ஏதேனும் சிக்கல்கள் இருந்தன?	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	

பிரிவு B: பழக்கவழக்கங்கள் பற்றிய தகவல்களைப் பகிரும்புகள்							
ஏவ்வொரு விண்ணப்பதாரிக்கும் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்						
	அ1	அ2	பி 1	பி 2	பி 3	பி 4	
விண்ணப்பதாரர் பின்வருவனவற்றில் ஏதேனும் ஒன்றை உட்கொள்ளிறாரா:	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	
<b>i.</b> மெல்லக்கூடிய புகையிலை / சூடா / பாஸ் மசாலை - வாரத்திற்கு ஊபுகளின் எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்							
<b>ii.</b> ஆல்கஹால் - வாரத்திற்கு கண்ணாடிகள் / மில்லி எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்							
<b>iii.</b> சிகரெட் / டீ / கஞ்சு - வாரத்திற்கான துகர்வு குறிப்பிடவும்							

பிரிவு C: பிரிவு A இல் ஆம் (Y) எனக் குறிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு, பின்வரும் தகவலைக் குறிப்பிடவும்:								
விண்ணப்பதாரர் எண்	அறிஞர்கள் அல்லது விசாரணைகள் அல்லது நோய் கண்டறிதல் அல்லது செயல்முறை/அறுவை சிகிச்சை பற்றிய		நிபந்தனையின் காலம்	மருந்துகள்(கள்)	மருந்தளவு	தற்போதைய நிலை (எ.கா. முழுமையான / பகுதி மீட்ட அல்லது நடத்தக்கொண்டிருக்கும்)	சிகிச்சையளித்தல் மருத்துவரின் பெயர் & தொடர்பு விவரங்கள்	ஆவணங்கள் இணைக்கப்பட்டன (ஆம்/இல்லை)
	விவரங்கள்	தொடக்க தேதி (DD/MM/YYYY)						

ஆயுள் காப்பீடு, உட்கட்டல், மருத்துவமனை இனசரி ரொக்கம், தனிநபர் விபத்து அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு ஆகியவை ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் எப்போதாவது நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றப்பட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	விண்ணப்பதாரர் எண்					
	அ1	அ2	பி 1	பி 2	பி 3	பி 4
	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N	மற்றும் N

**7. பின்னணு கொள்கை நிறைவேற்றம் மற்றும் சேவை தகவல்தொடர்புகளுக்கான அங்கீகாரம்**

விண்ணப்பம் படிவத்தில் இங்கே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பின்னணுச் சுவரிற்கு உங்கள் கொள்கை மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் அனுப்ப நிறுவனத்தை அங்கீகரிப்பதன் மூலம் சுற்றுச்சூழலைப் பாதுகாக்கவும், காசித்ததை சேமிக்க உதவும் விரும்புகிறீர்களா?

ஆம்  இல்லை

**8. புதுப்பித்தல் சுட்டண படிவு**

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாஸிஸின் புதுப்பித்தல் பிரிவியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்வொமெட்டட் இன்சூரிங் ஹவுஸ் (ACH) /

நிலையான அறிவுறுத்தல்கள் (a) நிறுவனத்துடன் தொடர்புடைய மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாஸிஸிய உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால் நிறுவனத்திற்கு தேவைப்படும்

அனைத்து சுடுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் புரிந்திடுவாய் வேண்டும்.

நான் ACHயி புதுப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன்.

**9. பிரகடனம் (தயவுசெய்து கவனமாகப் படித்து, முன்மொழிவு படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதற்கு முன் ஒவ்வொன்றிற்கும் ஏதிராக ஒரு காரணை அடையாளத்தை இடவும்)**

வர் சார்பாகவும், காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், என்னால் வழங்கப்பட்ட மெற்கண்ட அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும் / அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு தடயமல்லாத சேவை வகைகளும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிய எண்கு அங்கீகாரம் உடனடி என்றும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாஸிஸின் அடிப்படைமைய உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குனர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துமுதி பாஸிஸிக்கு உட்பட்டது மற்றும் விதிக்கத்தக்க பிரிவியத்தை முழுமையாக செலுத்திய பிறகு பாஸிஸி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதைத் தெரிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய / முன்மொழியவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் ஏதாவது மாற்றத்தையும் அழைப்பாயமாக அறிவிப்பதில் எனது மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எந்தையும் பற்றி ஏதாவது மருத்துவ அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபரின் முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எந்தையும் பற்றி ஏதாவது மருத்துவ அல்லது தடுமொளைய மணியாளர், மருத்துவ மருத்துவ தகவல்களை நோற்றுவதற்கும், காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர் / முன்மொழியவரின் தோள் காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட ஏதாவது காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்தும் தகவல்களைப் பெறுவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் எனது அறிவிக்கிறேன் முன்மொழிவு மற்றும் / அல்லது உரிமைகொள் தீர்வுக்கு உத்தரவாகும் அளிக்கும்

முன்மொழிவு மற்றும்/அல்லது உரிமைகொள் தீர்வுக்கு உத்தரவாகும் அளிக்கும் ஒரே நேரக்கத்திற்காக காப்பீட்டு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை ஏதாவது அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்துடனும் பரிந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

காப்பீட்டு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட்ட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் மம்பளம் செய்யப்பட்ட வழங்குதலின் சேவை வழங்குவதற்கான ஒரே நேரக்கத்திற்காக பரிந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறேன்.

தேதி  இடம்  முன்மொழியவரின் கையொப்பம்

**10. வட்டார மொழி அறிவிப்பு**

முன்மொழியவர் உள்ளூர் மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் சான்றிப்பிடு(நிறுவனத்தின் முகவர் / பாஸிஸர் அல்லாத வேறு ஒருவரால் சாட்சியமளிக்கப்பட

வேண்டும்). இந்த படிவத்தின் உள்மடக்கம் மற்றும் அதன் விவரங்கள் முன்மொழிந்தவருக்கு என்னால் வட்டார மொழியில் விளக்கப்பட்டுள்ளன, அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார்:

சாட்சியின் பெயர்  சாட்சியின் கையொப்பம்  முன்மொழியவரின் கையொப்பம்

**11. முன்மொழியவர் பிரகடனம்**

(ஏதாவது காரணத்திற்காகவும், முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புகளையும் ஆவணங்கள் பிராஸ்கட்டால் நிரப்பப்படாத சான்றிதும்) முன்மொழிவு படிவம்

மற்றும் இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்களின் உள்மடக்கங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டன, மேலும் முன்மொழியப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு

படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் கீழ் \_\_\_\_\_ ஆல் நிரப்பப்படுகிறது, அது சரியானது என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழியவரின் கையொப்பம்

**12.** பிரிவியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரிவியம் செலுத்தும் விருப்பம்  காசோலை  கேட்புவரைவரைவை

கடன் அட்டை  பிரிவியம் தொகை

ஆன்லைன் கட்டணப் பரிவர்த்தனை:

வங்கியின் பெயர் / கிளை

நிலையூலக இடம்

குறியீட்டு எண்

வணிக ஆதாரம்:

ஆலோசகர்/நட்கார்ப்பிரிவு/ஏஜென்சியின்/நிறுவனங்கள்

குறியீட்டு எண்

பெயர்

வாங்கக்கூடியவர்:

முன்மொழிவு அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளர்?  ஆம்  இல்லை

**13.** *Business* சேவைகளை கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு  5<sup>th</sup> குறியீடு

RM / 16 குறியீடு

C - Customer கணக்கு எண்

**14.** காப்பீட்டு ஆலோசகரின் அறிக்கை (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

- முன்மொழிவுக்கு நீங்கள் உறவினர்? ஆம் / இல்லை. ஆம் எனில், உறவின தன்மை?
- முன்மொழிவு வரை எவ்வளவு காலமாக உங்களுக்குத் தெரியும்?
- முன்மொழிவுவின் அடையாளம் குறித்து நீங்கள் இருபதி அடைகிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை
- முன்மொழிவு அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஏஜென்ட் உடல் குறைபாடு / குறைபாடு அல்லது மனதலகுறைபாடு உள்ளதா?  ஆம்  இல்லை
- முன்மொழிவுப்பட்ட பாலிசியின் விதிமுறைகள், பூர்த்திக்குகான நிபந்தனைகள், விலக்குகள், பாலிசியின் காலதாமதங்கள் ஆகியவற்றை விளக்கியுள்ளீர்களா மற்றும் முன்மொழிவு தனிப்பட்ட முறையில் உட்கர்வ அறிவிப்பைப் பூர்த்தி செய்தீரா?  ஆம்  இல்லை
- தார்பீக ஆபத்து உட்பட அனைத்து காரணிகளையும் கருதிவ கொண்டு இந்த முன்மொழிவு படிவத்தை ஏற்றுக்கொள்ள பரிந்துரைக்கிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை
- முன்மொழிவுக்கு விருப்பு வெறுப்பின்றி ஆலோசனை வழங்கியுள்ளீர்களா மற்றும் முன்மொழிவுவின் தனது நலனுக்கு உகந்த சிறந்த காப்பீட்டில் முடிவெடுக்க உதவும் வகையில் அனைத்து தகவல்களையும் வழங்கியுள்ளீர்களா?  ஆம்  இல்லை

தேதி  காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

**15.** சட்டரீதியான சச்சரிக்கை

தள்ளுபடிகளைத் தடை செய்வது (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 இன் பிரிவு 41 இன் கீழ்)

- இந்நியமில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான அபாயம் தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது பூர்த்தி செய்ய அல்லது தொடர எந்தவொரு நபருக்கும் தரவாயாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தள்ளுபடிகள், செலுத்த வேண்டிய கவலை முடிவெடுத்தல், அல்லது பகுதியிலும் ஏஜென்ட் தள்ளுபடி அல்லது பாலிசியில் கட்டப்படும் பிரிவியத்தில் கட்டப்படும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை வழங்கக்கூடாது. அல்லது அனுமதிக்கக்கூடாது. எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவல்களை, அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது பூர்த்திக்கும் அல்லது தொடர எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும்
- இந்தப் பிரிவின் விதிமுறைகளை இணங்காதவரும் எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்ச ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

**16.** ABHA ஐடி

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களுடைய ABHA உள்ளதா?		ABHA ஐடி	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர்/TKAகளுடன் 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="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

**17.** மறுணுகைத் திட்டம் பெறுவதற்கான வரல்கள் & பெயர் மற்றும், ரிஸ்கோரர்களின் ஐடி

பெண் பெறுவதற்கான விருப்பம்:  வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்

வங்கியின் பெயர்

கணக்கு எண்  #SC குறியீடு

கணக்கு வகை

நிலையூலக இன்குரன்ஸ் சம்பளனி விவரம்: பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: c99, முதல் தளம், லுப்பத் நகர், பகுதி 1.

புதுதில்லி 110002 பொறுப்புத் தரப்பு: காப்பீடு என்பது தேவையின் பொருள். நிலையூலக இன்குரன்ஸ் சம்பளனி விவரம் (முன்னர் மெக்சு யூரா டெலிவ் இன்குரன்ஸ் சம்பளனி விவரம்) உடல் குறைபாடு (ஸ்பெஷல்) 1800 500 8888, 1800 500 8888, வலைத்தளம்: www.maxlife.com. சிஎன்: 1520002009P12019. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & தள்ளுபடி குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வங்குவதற்கு முன்பு, விபரணச் சிறுநீரட்டக் கவனமாய்ப் படிக்கவும்.

முகவிய அம்ச ஆவணம் (KFD) -

GoActive™

நிவா பூரா தனது வாடிக்கையாளர்களுடன் நிர்யாயமாகவும் வெளிப்படையாகவும் இலக்க அர்ப்பணித்துள்ளது. இந்த ஆவணம் உங்கள் பாலிசியின் முக்கிய அம்சங்களை சுருக்கமாகக் கூறுகிறது. இது உங்கள் பாலிசி ஒப்பந்தத்தை மாற்றாது மற்றும் இந்த தயாரிப்பை வாங்குவதை முடிக்கும் முன் உங்கள் பாலிசியின் அனைத்து விவரங்களையும் படிக்கும்படி உங்களை ஊக்குவிக்கிறோம்.

உங்கள் தேவைகளை சிறப்பாக பூர்த்தி செய்ய பல விருப்ப நன்மைகள் உட்பட மருத்துவமனையில் சேர்ப்பது முதல் வெளிநோயாளர் நன்மைகள் வரை தனிப்பட்ட விபத்து காப்பீடு வரை விரிவான அளவிலான நன்மைகளை ஆக்டிவ் உங்களுக்கு வழங்குகிறது.

உங்கள் பாலிசியில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி சில வரம்புகள் மற்றும் விலக்குகளுக்கு உட்பட்டு பின்வரும் அடிப்படை நன்மைகள் வழங்கப்படுகின்றன:

- அறை வாடகை மற்றும் டய கட்டணங்கள் உட்பட ஒரு மருத்துவமனையில் உள்நோயாளி பராமரிப்பு
- மருத்துவமனை சிசிசெசுக்கு முந்தைய மற்றும் பிந்தைய செலவுகள் முறையே 90 மற்றும் 180 நாட்கள்
- உயிரின உறுப்பு மாற்று அறுவை சிகிச்சை
- வீட்டு மருத்துவமனை உள்ளிடுபடி சிசிசெசு மற்றும் வீட்டு ஆரோக்கிய பராமரிப்பு சேவைகள்
- அவசர தரை ஆம்புலன்ஸ்
- பாலிசி ஆண்டின் போது செய்யப்பட்ட பல்வேறு நோய்கள் / நிபந்தனைகள் அல்லது பாலிசியின் கீழ் காப்பீடு செய்யப்பட்ட பிற காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினர்களுக்கு செய்யப்பட்ட இழப்பீடுகள் காரணமாக காப்பீட்டுத் தொகை தீர்த்துவிடாமல் பலனை மீண்டும் திரும்பவும்
- வருடாந்திர உடல்நலப் பரிசோதனை தொகுப்பு அல்லது உங்களுக்கு விருப்பமான நோயறிதல் சோதனைகளின் தேர்வு
- ஒரு ஆயோசனைக்கு அதிகபட்சம் வரம்புக்கு உட்பட்ட வெளி நோயாளி ஆயோசனைகள்
- குறிப்பிட்ட நோய்களைக் கண்டறிதல் அல்லது திட்டமிடப்பட்ட அறுவை சிகிச்சை அல்லது அறுவை சிகிச்சை முறைகள் குறித்து நிபுணர்களிடமிருந்து இரண்டாவது மருத்துவ கருத்து
- மன அழுத்த மேலாண்மை, ஊட்டச்சத்து குழந்தை வளர்ப்பு மற்றும் பிரிவுநீள் ஆதரவை வழங்குவதற்கான ஆயோசனை அமர்வுகள்
- மருத்தகம் மற்றும் நோயறிதல் முன்பதிவு சேவைகள்
- ஆரம்ப வயது தள்ளுபடி: முதல் பாலிசி தொடங்கும் நேரத்தில் ஒத்த உறுப்பினரின் வயது 35 வயதுக்கு குறைவாகவோ அல்லது சமமாகவோ இருந்தால், முதல் பாலிசியின் போது அடிப்படை பிரீமியத்தில் 10% தள்ளுபடி (அதாவது எந்தவொரு ஏற்றுதல் அல்லது தள்ளுபடிக்கு முன் பிரீமியம் அடிப்படை காப்பீட்டிற்கான வரிகள் தனித்து) வாழ்நாள் முழுவதும் வழங்கப்படும். பொருத்தினால் அத்தகைய தள்ளுபடி டெய்லி ஃப்ரோட்டர் பாலிசி பிரீமியத்திற்கும் பொருத்தும்
- மும்பை குவி மும்பை மற்றும் தானே உட்பட, டெய்லி லீன் சி.ஆர், கொங்கத்தா மற்றும் குஜராத் மாநிலத்தில் சிசிசெசுக்கு 20% இணை கட்டணம் பொருத்தாது / பொருத்தாது
- நவீன சிசிசெசுகள் வரம்புகளுக்கு உட்பட்டவை

உங்கள் பாலிசியில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி சில வரம்புகள் மற்றும் விலக்குகளுக்கு உட்பட்டு பின்வரும் விருப்ப நன்மைகள் வழங்கப்படுகின்றன:

- HRA: ஒவ்வொரு பதுப்பீதையின் போதும் அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகையில் 10% அதிகரிப்பு ஒவ்வொரு பாலிசி ஆண்டுக்கும் பாலிசி பதுப்பிக்கப்படும் வரை அல்லது இந்த நன்மையிலிருந்து விடுவதற்கு நீங்கள் கோரும் வரை இந்த நன்மை வழங்கப்படும்.
- காதார பல்விசியாளர் : தனிப்பட்ட காதார பல்விசியாளர் உட்பட, உங்களை பொருத்தமாகவும் ஆரோக்கியமாகவும் வைத்திருக்க ஆரோக்கிய சேவைகள், உங்கள் உடல்நல மதிப்பெண்ணின் அடிப்படையில், பதுப்பீதையின் போது அடிப்படை பிரீமியத்தில் 20% வரை பிரீமியம் தள்ளுபடி (அதாவது வரிகள் மற்றும் விருப்ப நன்மைகள் நீக்கலாக பிரீமியம்) விடுக்கப்படலாம்.
- விபத்து மரணம், நிரந்தர மொத்த மற்றும் பகுதி ஊனத்திற்கு ஏற்றான தனிநபர் விபத்து காப்பீடு

விருப்பத்தேர்வு பலன்களுக்காக கூடுதல் வருடாந்திர பிரீமியம் வசூலிக்கப்படுகிறது என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்

இந்த இடம் வேண்டுமென்றே காலியாக விடப்பட்டுள்ளது.

பாலிஸியின் படி காத்திருப்பு காலங்கள் பொருத்தம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்:

- பாலிஸி தொடங்கப்பட்டதிலிருந்து 36 மாதங்களுக்கு முன்பே இருக்கும் நேரம் காத்திருப்பு காலம் மற்றும் தொடர்ச்சியான பூதுப்பித்தல்
- ஆரம்ப காத்திருப்பு காலம் 30 நாட்கள் விபத்தின் விளைவாக சிசிச்சை தேவைப்படவில்லை
- சில பட்டியலிடப்பட்ட நேரங்களுக்கான குறிப்பிட்ட காத்திருப்பு காலம் 24 மாதங்கள், இந்த நிலை நேரடியாக புறநேரப்பால் ஏற்பட்டிருந்தால் தவிர (ஆரம்ப காத்திருப்பு காலம் 30 நாட்களுக்குப் பிறகு காப்பீடு) அல்லது விபத்து (நாள் 1 முதல் காப்பீடு)
- காத்திருப்பு காலங்கள் வகுப்புகள் காரணம் பரிசோதனை அல்லது நேரடியாக சேர்த்துள்ளனர், இரண்டாவது மருத்துவ கருத்து, வெளிநேரப்பாலி ஆலோசனைகள், ஆலோசனை அமர்வுகள் மற்றும் விடுப்பு நன்மைகளுக்கு பொருத்தம் என்பதை நினைவில் கொள்ள

பாலிஸி ஒப்புத்தத்தில் குறிப்பிடப்படாத அல்லது தரநிலை விவகரங்கள் பொருத்தம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும். கூடுதலாக, எழுத்துமுறை முடிவுகளின் அடிப்படையில், சில குறிப்பிட்ட விவகரங்கள் உங்கள் பாலிஸிக்கு பொருத்தக்கூடும்.

உங்கள் பாலிஸியின் மற்ற முக்கிய அம்சங்கள் பின்வருமாறு:

- தனிநபர் அல்லது உட்பிரிவு அங்கீகரிக்கப்பட்ட (பெரியவர்கள் மற்றும் 4 குழந்தைகள் வரை) பாலிஸியில் உறுப்பினர்(கள்) ஏதேனும் சேர்த்தல் அல்லது நீக்கல்கள் பூதுப்பித்தல்
- நேரத்தில் மட்டுமே செய்யப்படும்.
- உங்கள் உறுப்பினர்களுக்கும் மற்றும் உரிய பிரிவிற்கான சரியான நேரத்தில் சேர்த்தல் உட்பட உங்கள் பாலிஸியின் வாழ்நாள் முழுவதும் பூதுப்பித்தல்.
- உங்கள் வயது அதிகரிக்கும் போது ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் பூதுப்பித்தல் பிரிவியம் அதிகரிக்கும், ஆனால் உங்கள் கோரல் அனுப்பத்தின் அடிப்படையில் மாறாது. தயாரிப்புக்கான பூதுப்பித்தல் பிரிவியம் விதிக்கப்பட்ட பின்னர் 90 நாட்களுக்கு உட்பட மற்றும் அவ்வப்போது பொருத்தக்கூடிய 90 நாட்கள் விதிக்கப்படும் மற்றும் ஒழுங்குமுறைகளின் படி ஏதிரகாலத்தில் இருக்கப்படும்.
- ஒரேயளவு உங்கள் முன்பொழிவு வழங்கல்களை நிராகரிக்கப்பட்டால், பாலிஸிக்கு முந்தைய மருத்துவ பரிசோதனைக்கான (PFA) செலவின் 100% தொகையை நீங்கள் ஏற்க வேண்டும்.

குறிப்புகள்:

டபிள் ஓக் ஏற்பாடு-பாலிஸியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளை நீங்கள் ஏற்கவில்லை என்றால், பாலிஸி ஆவணம் கிடைத்த 15 நாட்களுக்குள் உங்கள்

காரணங்களைக் கூறி பாலிஸியை ரத்து செய்யலாம். மருத்துவ பரிசோதனை, முத்திரை வரி மற்றும் காப்பீடு காலத்திற்கான விதிக்கப்பட்ட

ஆபத்து பிரிவியம் ஆகியவற்றிற்கான கட்டணங்களைக் கழித்த பிறகு பிரிவியம் இருப்பித் தரப்படும். பாலிஸியை பூதுப்பிக்கும் நேரத்தில் டபிள் ஓக்

விதி பொருத்தது.

பிரிவியம்: நிவா யூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என்ற பெயரில் பாதுகாப்பான கட்டண முறை மூலம் பிரிவியம் தொகையை பெரிசிட செய்யுங்கள்.

இந்த தயாரிப்பின் சிப் வெளிநேரப்பாலி ஆலோசனை நன்மை தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட நகரங்களில் உள்ள எங்கள் மருத்துவர்களின் தொடர்புக்கான பணமில்லா மற்றும் இருப்பிச் சேர்த்தல் அடிப்படையில் மட்டுமே

கிடைக்கிறது என்பதை நினைவில் கொள்ள, எங்கள் இணையத்தளம் பாலிஸியை வாங்குவதற்கு முன் நகரங்களின் பட்டியலை சரிபார்க்கவும் [www.navya.com](http://www.navya.com) அல்லது எங்கள் வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்பைன்ட்

1860 500 8888 ஐ அழைப்பதன்

\_\_\_\_\_ அவ்வப்போது நினைவத்தின் முன்பொழிவுப்பட்ட அல்லது தற்போதுள்ள கொள்கை தொடர்பாக வரவேற்பு அழைப்புகள், சேவை அழைப்புகள் அல்லது வேறு எந்த

தகவல்களையும் (பின்னணு அல்லது வேறு) செய்ய நான் இதுமூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் அங்கீகரிக்கிறேன்.

தேதி: \_\_\_\_\_

முன்பொழிவுவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

இடம்: \_\_\_\_\_

முன்பொழிவுவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_

நிவா யூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட், பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: 198, முதல் தளம், லக்ஷ் நகர், பகுதி 1,

புது தில்லி-110042 (பொறுப்புத் தரப்பட்ட காப்பீடு) என்பது தேவையின் பொருள். நிவா யூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மெக்ஸ் யூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (RBI) பதிவு எண்: 143, யூரா மற்றும் ஹார்ட்டிட் லோகா அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமத்தின் சிப் நிவா யூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்பைன்ட்: 1860 500 8888. வலைத்தளம்: [www.navya.com](http://www.navya.com). சிபு: 0000002009R102918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விவகரங்கள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விறுபனைச் சிறுநெடிகக் கவனமாகப் படிக்கவும்.

தயாரிப்பு பெயர் : GoActiveTM, தயாரிப்பு UIN எண் : .MAXHP21173V022021

நிறுவனத்தின் ஒப்புகை

விண்ணப்ப எண்: \_\_\_\_\_ தேதி \_\_\_\_\_

உங்கள் முன்பொழிவு மற்றும் தொகையை காசோலை / கெட்டி வரைவோலை / மற்றவர்கள் மூலம் பெற்றுக்கொண்டதற்கு தள்ளுபடி உட்கிரைக்கிறேன் \_\_\_\_\_

2018-19 நிதியாண்டில் கு: \_\_\_\_\_ தேதி: \_\_\_\_\_ வரையப்பட்டது

காப்பீட்டிற்கான ஒரு திறமையான செய்யப்பட்ட முன்பொழிவை எங்களிடம் சமர்ப்பிப்பீதா அல்லது கோரப்பட்ட எந்தவொரு பாலிஸிக்கும் பயன்படுத்தப்படும் சேர்த்தல்வர்த்த ஒரு பாலிஸியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள எங்களின் கட்டாயப்படுத்தாத, அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் தனிப்பட்ட மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு

முன்பொழிவை நாங்கள் ஏற்கக்கொண்டால், அது பாலிஸியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்ட மற்றும் பிரிவியம் எங்களால் முழுமையாகவும் சரியான நேரத்திலும் பெறப்படவில்லை அல்லது உணரப்படவில்லை என்றால் எங்களின் மருத்துவ மருந்துகள், நகரங்கள் முன்பொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், வட்டி இல்லாமல்

உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ பரிசோதனைகளின் செலவு, ஏதேனும் இருந்தால், கழித்த பிறகு உங்களுக்குத் தெரிவித்து, கட்டணத்தைத் திருப்பித் தருவோம்.

பெறுதரின் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை

\_\_\_\_\_

தயாரிப்பு பெயர் : GoActiveTM, தயாரிப்பு UIN எண் : .MAXHP21173V022021