niva Bupa
Health Insurance

ஆரோக்கிய தோழன்

முன்மொழிவு படிவம்

யுஆர்என்: 025

காப்பீட்டு ஒப்பந்தம் ஒரு சட்ட ஒப்பந்தமாகும், மேலும் இது TRUST மற்றும் நாங்கள் உங்களை நம்புகிறோம் என்பதை அடிப்படையாகக் கொண்டது.

உங்கள் உடல்நலம் பற்றிய தகவல் எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பதையும், அது உங்கள் பாலிசியின் மீதான தாக்கத்தையும் நீங்கள் அறிந்திருக்க மாட்டீர்கள் என்பதை நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம். எனவே, நீங்கள் அனைத்து உடல்நலத் தகவல்களையும் வெளிப்படுத்துவது

மிகவும் முக்கியம், அது எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பதை நாங்கள் தீர்மானிப்போம் (நாங்கள் அதை 'பொருள் உண்மை' என்று அழைக்கிறோம்). காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட

அனைத்து உறுப்பினர்களைப் பற்றியும் சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல் வழங்கப்படவில்லை என்றால், நாங்கள் உங்கள் பாலிசியை ரத்து செய்வோம், எந்த உரிமைகோரலையும் செலுத்த மாட்டோம், செலுத்தப்பட்ட எந்த பிரீமியத்தையும் திருப்பித் தர மாட்டோம், மேலும் காப்பீடு

செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களைப் பற்றியும் சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல் வழங்கப்படவில்லை என்றால், முன்பு செலுத்தப்பட்ட பலன்களை மீட்டெடுப்பது உட்பட உங்களுக்கு எதிராக சாத்தியமான அனைத்து சட்ட

நடவடிக்கைகளையும் எடுக்க எங்களுக்கு உரிமை உண்டு. நாங்கள் முழு பிரீமியத்தையும் பெற்று, ஆபத்தை வெளிப்படையாக ஏற்றுக்கொண்ட பின்னரே கவரேஜ் தொடங்க முடியும் என்று விதிமுறைகள் கட்டளையிடுகின்றன.

1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்:

தலைப்பு | பெயர்

பிறந்த தேதி D D M M மற்றும் மற்றும் மற்றும் மற்றும் | பாலினம்: ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு | குடியுரிமை

தற்போதைய முகவரி

மைல்கல் | நகரம்

மாவட்டம் | நிலை | தனிப்பட்ட அடையாள எண்

லேண்ட்லைன் எண் | மொபைல் எண்

மின்னஞ்சல் முகவரி | மாற்று எண்

பான் எண் (ரூ.50,000க்கு மேல் பிரீமியம் செலுத்துவோர் ரொக்கமாகவும், ரூ.1 லட்சம் பிற முறைகளிலும் செலுத்த வேண்டியது கட்டாயம்)

ஆண்டு வருமானம் (ரூ) | CKYC எண்

தொழில் ☐ சம்பளம் பெறுபவர் ☐ சுயதொழில் ☐ மாணவர் ☐ இல்லாள் ☐ மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

பிரீமியம் செலுத்தியது | முன்மொழிபவருடனான உறவு

☐ உங்கள் பாலிசி மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்தையும் அனுப்ப நிறுவனத்தை அங்கீகரிப்பதன் மூலம் சுற்றுச்சூழலைப் பாதுகாக்கவும், காகிதத்தை சேமிக்கவும் உதவ விரும்புகிறேன்

விண்ணப்ப படிவத்தில் இங்கே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி மின்னஞ்சல் ஐடிக்கு தொடர்பு?

☐ நான் அனைத்து விதிமுறைகளையும் நிபந்தனைகளையும் படித்தேன், புரிந்துகொண்டேன் மற்றும் ஏற்றுக்கொண்டேன் & இதன்மூலம் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் அல்லது அதன் முகவர்கள் மற்றும் / அல்லது மூன்றாம் தரப்பு (கள்) / துணை நிறுவனங்களுக்கு எஸ்எம்எஸ் / மின்னஞ்சல் / தொலைபேசி / வாட்ஸ்அப் / பேஸ்புக் அல்லது வேறு எந்த முறைகளிலும் என்னை தொடர்பு கொள்ள அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

நீங்கள் அல்லது முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாராவது PEP# ஆக இருக்கிறீர்களா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

#எடுத்து அல்லப்பட்டுகொடுக்கப்பட்ட தொடர்கள் (PEP) என்பது வெளிநாட்டு அல்லது மாநில அரசின் தலைவர்கள் / துணைச்செயலர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசாங்க, நீதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரச நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், கட்சியின் முக்கிய அதிகாரிகள் போன்ற முக்கிய பொது செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டுள்ள அல்லது ஒப்படைக்கப்பட்ட தொடர்கள் ஆவர். குடிமகன் PEP க்கு எதிராக ஒரு கெடுதலுமில்லை, தயவுசெய்து துணி PEP கொண்டிருக்கலாம் திரிப்படும்)

வங்கி விவரங்கள்:

வங்கியின் பெயர்

கணக்கு எண் | IFSC குறியீடு

கணக்கு வகை ☐ சேமிப்பு ☐ நடப்பிலுள்ள | கிளை | நகரம்

மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு **(eIA)** விவரங்கள்

இந்த பாலிசியை eIA க்கு வரவு வைக்க விரும்புகிறீர்களா? (தயவு செய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

☐ இல்லை, என்னிடம் eIA இல்லை மற்றும் ஒன்றைத் திறக்க விரும்பவில்லை

☐ ஆம், இந்த பாலிசியை எனது மின்-காப்பீட்டு கணக்கில் வரவு வைக்கவும்

ஆம் எனில், தற்போதுள்ள மின்-காப்பீட்டு கணக்கு எண்ணைப் பகிரவும்.

தயவுசெய்து காப்பீட்டு களஞ்சியத்தின் பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்)

☐ M/s. NSDL டேட்டாபேஸ் மேனேஜ்மெண்ட் லிமிடெட்

☐ M/s. சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்

☐ M/s. கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்

☐ M/s. CAMS Repository Services Limited (தயவுசெய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது

☐ என்னிடம் ஏற்கனவே இ இன்சூரன்ஸ் கணக்கு இல்லை மற்றும் ஒரு புதிய இ-இன்சூரன்ஸ் கணக்கை உருவாக்க ஆர்வமாக உள்ளேன்

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

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிவு:

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாலிசியின் புதுப்பித்தல் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்டோமேட்டட் கிளியரிங் ஹவுஸ் (ACH)

/ நிலையான அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நிறுவனத்துடன் தொடர்வதன் மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாலிசியை உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால்

நிறுவனத்திற்கு தேவைப்படும் அனைத்து கூடுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

☐ நான் ACH/SI புதுப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன்.

தேதி D D M M மற்றும் மற்றும் மற்றும் மற்றும் | இடம் _____ | முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

2. காப்பீட்டிற்கு விண்ணப்பித்தவர்களின் விவரங்கள்:

விண்ணப்பதாரர் 1

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 2

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 3

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 4

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 5

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 6

பெயர்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ வேறு உயரம் (ஹுஃப்) (அங்குலம்) எடை (கிலோ)

மொபைல் எண் பிறந்த நாள் D D M M மாதம் மாதம் மாதம் மாதம் இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்

பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: i. மருத்துவ பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிடத்தின் முகவரி

* பிரீமியத்தில் 5% தள்ளுபடியைப் பெறுங்கள், இது மாறுபாடு 2022 க்கு மட்டுமே பொருந்தும். மருத்துவ பயிற்சியாளர் என்பது, ஏதேனும் மாநிலத்தின் மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய அரசு அல்லது மாநில அரசால் அமைக்கப்பட்ட தேசிய பியோபதி ஆகியவற்றிலிருந்து செல்லுபடியாகும் பதிவை வைத்திருக்கும் ஒரு நபர் என்று பொருள்படும், அதன் மூலம் அதன் அதிகார எல்லைக்குள் மருத்துவம் பயிற்சி செய்ய உரிமை உண்டு; மற்றும் அவரது உரிமத்தின் தோக்கம் மற்றும் அதிகார வரம்பிற்குள் செயல்படுகிறார். குறிப்புகள்: 1. முன்மொழிபவருடன் விண்ணப்பதாரர் 1 இன் உறவு ஊழியராக இருந்தால், மற்ற விண்ணப்பதாரர்களின் உறவு விண்ணப்பதாரர் 1 உடன் இருக்கும்.

3. கவரேஜ் தேர்வு:

அடிப்படை கவரேஜ்:

பாலிசி வகை:	☐ நபர் ☐ ஃபேமிலி ஃப்ளோட்டர்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	☐ ☐ பெரியவர்கள் ☐ ☐ குழந்தைகள்
மாறுபாடு:	☐ மாறுபாடு 2022 ☐ மாறுபாடு 1 ☐ மாறுபாடு 2 ☐ மாறுபாடு 3 ☐ குடும்பம் முதலில் ☐ மாறுபாடு 2023
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை:	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை (தனிநபர் அல்லது குடும்ப ஃப்ளோட்டர்) ☐☐☐☐☐☐☐☐ காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை (குடும்பம் முதல்) தனிநபர் ☐☐☐☐☐☐☐☐ காப்பீட்டுத் தொகை (குடும்பம் முதல்) ஃப்ளோட்டர் ☐☐☐☐☐☐☐☐
பாலிசி காலம்:	☐ 1 வருடம் ☐ 2 வருடங்கள் ☐ 3 வருடங்கள்

விருப்ப கவரேஜ்:

1. மருத்துவமனை ரொக்கம்$	☐ ஆம் ☐ இல்லை					
a. குடும்ப முதல் இட்டத்திற்கான மருத்துவமனை பணம் (தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால்)	☐ 1,000/நாள் ☐ 2,000/நாள்					
2. வருடாந்திர மொத்த விலக்கு	☐ இல்லை ☐ 10,000 ☐ 20,000 ☐ 30,000 ☐ 50,000 ☐ 1 ஏரி ☐ 2 ஏரி ☐ 3 ஏரி ☐ 4 ஏரி ☐ 5 ஏரி ☐ 10 ஏரி					
3. 'தனிநபர் விபத்து காப்பீடு' தேர்வு செய்தால் டிக் செய்யவும் (இந்த விருப்பம் 18 வயது அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட வயதுடைய விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மட்டுமே கிடைக்கும்)	விண்ணப்பதாரர் 1	விண்ணப்பதாரர் 2	விண்ணப்பதாரர் 3	விண்ணப்பதாரர் 4	விண்ணப்பதாரர் 5	விண்ணப்பதாரர் 6
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
தனிநபர் விபத்து காப்பீட்டு காரணி (அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகையின் நேரங்கள்)	☐ 1எக்ஸ் ☐ 2எக்ஸ் ☐ 3எக்ஸ் ☐ 4எக்ஸ் ☐ 5எக்ஸ்					

துணைப்-பயன்(கள்):

1. பாதுகாப்பு	☐ இல்லை ☐ பாதுகாப்பு ☐ பாதுகாப்பு+
2. இணை கொடுப்பனவு	☐ இல்லை ☐ 1 0% ☐ 2 0% ☐ 3 0% ☐ 4 0% ☐ 50%
3. முன் வெளியேறும் நோய் காத்திருப்பு நேரம் மாற்றம்	
நான் மாறுபாடு 1	☐ இல்லைதேர்வு செய்யப்பட்டது ☐ 1 வருடம் ☐ 2 வருடம் ☐ 3 வருடம்
ii. மாறுபாடு 2 , மாறுபாடு 3 , மாறுபாடு 2022, குடும்பம் முதலில்	☐ தேர்வு செய்யப்படவில்லை ☐ 1 வருடம் ☐ 2 வருடம் ☐ 4 வருடம்
4. அறை வகை மாற்றம்	☐ இல்லை ☐ நிலையான ஒற்றை அறை ☐ பகிர்ந்த அறை

#வரு ஃப்ளோட்டர் காப்பீடு தொகை காப்பீடு செய்யப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களுக்கும் பொதுவானது. ஃப்ளோட்டர் என்றால் அனைத்து காப்பீடுதாரர்களும் தனித்தனியாகவோ அல்லது கூட்டாகவோ இந்த வரம்பைக் கோரலாம்.$ மருத்துவமனை ரொக்கம் ஒரு நாளைக்கு ரூ. 1,000 மாறுபாடு 1 க்கு, ஒரு நாளைக்கு ரூ. 2,000 மாறுபாடு 2 க்கு, ஒரு நாளைக்கு ரூ. 3,000 மாறுபாடு 3 க்கு, மற்றும் மாறுபாடு 2022 க்கு ஒரு நாளைக்கு ரூ. 1,000 ரூ. 1 லட்சம் வரை காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகைக்கு; ஒரு நாளைக்கு ரூ. 2,000 காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை ரூ. 1.1 லட்சம் முதல் ரூ. 10 லட்சம் வரை) & ஒரு நாளைக்கு ரூ. 10 லட்சம்.

4. பெயர்வத்திறன்

பாலிசி எண்	காப்பீட்டு நிறுவனம்	ஆபத்து முடிவு தேதி	ஆபத்து முடிவு தேதி	போர்ட்டிங் செய்வதற்கான காரணங்கள்

போர்ட்டபிளிட்டி கோரப்படும் உத்தேச காப்பீட்டாளரின் பெயர்	முதல் பாலிசி தொடக்க தேதி	பெயர்வத்திறன் கோரப்பட்ட தொடர்ச்சியான காப்பீட்டின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	கடந்த கால பாலிசிகளில் உரிமைகோரல்கள்	தற்போதைய நோ கிளைம் போனஸ்	காப்பீட்டுத் தொகை – ஆண்டு 1 (பழையது)	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை - ஆண்டு 2	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை – ஆண்டு 3	காப்பீட்டுத் தொகை – ஆண்டு 4 (காலாவதியாகும் பாலிசி)

5. நியமனம்

முன்மொழிபவர் இறந்துவிட்டால், பாலிசியின் கீழ் செலுத்த வேண்டிய எந்தவொரு பணமும் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நியமனதாரருக்கு செலுத்தப்படும். நியமனதாரர் அத்தகைய பணத்தைத்தடு பெறுவது பாலிசியின் கீழ் நிறுவனத்தின் பொறுப்பை நிறைவேற்றுவதாகும்.

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

நாமினியின் வங்கி விவரங்கள்: பயனாளியின் பெயர்:

வங்கியின் பெயர் கணக்கு வகை சேமிப்பு குர் வாடகை

கணக்கு எண் IFSC குறியீடு

6. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடந்த கால முன்மொழிவு தகவல்

பிரிவு A: காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட எந்தவொரு நபரையும் பொறுத்தவரை:	உறுப்பினர் 1	உறுப்பினர் 2	உறுப்பினர் 3	உறுப்பினர் 4	உறுப்பினர் 5	உறுப்பினர் 6
ஆயுள் காப்பீடு, உடல்நலம், மருத்துவமனை இன்சூரி ரொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு ஆகியவற்றுக்கான விண்ணப்பம் ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் எப்போதாவது நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றப்பட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு						
பிரிவு B: காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபரில் யாராவது எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளார்களா:						
i. மாரடைப்பு, இதய செயலிழப்பு, இஸ்கிமிக் இதய நோய் அல்லது கரோனரி இதய நோய், ஆஞ்சினா போன்ற இதய நோய்கள்	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
ii. கட்டி, எந்த உறுப்பு புற்றுநோய், லுகேமியா, லிம்போமா, சர்கோமா	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
iii. முக்கிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிறுநீரகம், கல்லீரல், இதயம், நுரையீரல் போன்றவை).	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
iv. பக்கவாதம், என்செபலோபதி, மூளைக் கட்டி, அல்லது ஏதேனும் நரம்பியல் நோய்	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
v. நுரையீரல் கபைப்ரோஸிஸ், நுரையீரல் சரிவு அல்லது இடைநிலை நுரையீரல் நோய் (ஐ.எல்.டி)	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
vi. ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி, நாள்பட்ட கல்லீரல் நோய், சிரோன் நோய், அல்சரேட்டிவ் பெருங்குடல் அழற்சி	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
vii. இரும்புச்சத்து குறைபாடு இரத்த சோகை தவிர வேறு எந்த இரத்த சோகையும்	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
viii. எப்போதாவது 5 நாட்களுக்கும் மேலாக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
ix. எப்போதாவது தொடர்ந்து 10 நாட்களுக்கு மேல் ஏதேனும் மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்டீர்களா? மருந்துகளில் இன்ஹேலர்கள், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் உடல் பாகங்களின் மீது வெளிப்புற மருத்துவ பயன்பாடுகள் ஆகியவை அடங்கும் ஆனால் அவை மட்டுமே அல்ல.	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
x. பரிந்துரைக்கப்பட்ட எந்தவொரு சிகிச்சை, அறுவை சிகிச்சை அல்லது மறுத்துவ சிகிச்சைக்காகவும் காத்திருக்கிறது	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xi. கடந்த காலத்தில் பாதிக்கப்பட்ட ஏதேனும் நோய்க்கு ஏதேனும் காலமுறை / வழக்கமான பின்தொடர்தலின் கீழ், குணப்படுத்தப்பட்டதா இல்லையா? பின்தொடர்தல் என்றால் அவ்வப்போது ஆலோசனைகள், விசாரணைகள் போன்றவை	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xii. மருத்துவர்(களுடன்) ஏதேனும் ஆலோசனை பெறுகிறார் அல்லது	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xiii. நீரிழிவு (உயர் இரத்த சர்க்கரை), நீரிழிவுக்கு முந்திய நிலை, உயர் அல்லது குறைந்த இரத்த அழுத்தம், மார்பு வலி அல்லது ஏதேனும் இதய நோய் அல்லது தைராய்டு கோளாறு, ஆஸ்துமா, மூச்சுக்குழாய் அழற்சி	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xiv. பெற்றோருக்கு ஏதேனும் பரம்பரை அல்லது மரபணு நிலை உள்ளதா? அவர்களில் யாராவது ஒரு கேரியர் மாநிலமாக இருந்தாலும் குறிப்பிடவும் அதாவது, நோய் இல்லாத ஆனால் ஒரு கார்	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xv. பித்தப்பை, சிறுநீரகங்கள், சிறுநீர்ப்பை, சிறுநீர்க்குழாய் போன்ற எந்த உறுப்பிலும் ஏதேனும் கால்குலஸ் (கல்) கோளாறு ஏற்படுதல்.	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xvi. கட்டி (வீக்கம்) - தீங்கற்ற அல்லது வீரியம் மிக்க, உடலில் எங்காவது வெளிப்புற புண் / வளர்ச்சி / நீர்க்கட்டி / நிறை?	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xvii. எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ், இரத்த சோகை, தலசீமியா, ஹீமோபிலியா அல்லது வேறு ஏதேனும் இரத்தம் தொடர்பான பிரச்சனை.	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xviii. மனநல / மன நோய்கள் அல்லது தூக்கக் கோளாறு?	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xix. மேலே குறிப்பிடப்படாத ஏதேனும் சுகாதார நிலை, நோய், அறிகுறிகள் அல்லது உடல்நலம் தொடர்பான தகவல்கள். இந்த கேள்விக்கான பதில் யாருக்காவது ஆம் எனில், அனைத்து மருத்துவ ஆவணங்களையும் வழங்கவும்	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
xx. புகைபிடித்தல் அல்லது புகையிலை / குட்கா / பான் மசாலா அல்லது மது அருந்துதல் ஆம் என்றால், பின்வருவனவற்றிற்கு பதிலளிக்கவும்:	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ	உ ஆ ஏ எ
விண்ணப்பதாரர் எப்போது புகைபிடிக்க / புகையிலை உட்கொள்ளத் தொடங்கினார்? a) பள்ளி b) 10 + 2 c) கல்லூரி d) வேலை செய்யத் தொடங்கிய போது e) பின்னர்						
மனுதாரர் மது அருந்தி எத்தனை ஆண்டுகள் ஆகின்றன?						
விண்ணப்பதாரர் வாரத்தில் எத்தனை நாட்கள் மது அருந்துகிறார்? (1/2/3/4/5/6/7)						

பிரிவு C: பிரிவு B இல் ஆம் (Y) எனக் குறிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு, பின்வரும் தகவலைக் குறிப்பிடவும்:

விண்ணப்பதாரர் எண்	அறிகுறி(கள்) அல்லது விசாரணை(கள்) அல்லது நோய் கண்டறிதல் அல்லது செயல்முறை / அறுவை சிகிச்சை பற்றிய விவரங்கள்					நிபந்தனையின் காலம்	மருந்து(கள்)	மருந்தளவு	தற்போதைய நிலை (எ.கா. முழுமையான / பகுதி மீட்பு அல்லது நடந்துகொண்டிருக்கும் சிகிச்சை)	சிகிச்சையளித்தல் மருத்துவரின் பெயர் & தொடர்பு விவரங்கள்	ஆவணங்கள் இணைக்கப்பட்டன (ஆம்/இல்லை)
	நீரிழிவு HbA1c நிலை என்றால்	உயர் இரத்த அழுத்தம் பிபி அளவு இருந்தால்		வேறு ஏதேனும் விவரங்கள்	தொடக்க தேதி (DD/MM/YYYY)						
		சிஸ்டாலிக்	டயஸ்டாலிக்								

7. பிரகடனம் (தயவுசெய்து கவனமாகப் படித்து, முன்மொழிவு படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதற்கு முன் ஒவ்வொன்றிற்கும் எதிராக ஒரு காசோலை அடையாளத்தை இடவும்)

☐ 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, இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிய எனக்கு அதிகாரம் உள்ளது என்றும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

☐ என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாலிசியின் அடிப்படையை உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துறுதி பாலிசிக்கு உட்பட்டது மற்றும் விதிக்கப்பட வேண்டிய பிரீமியத்தை முழுமையாக செலுத்திய பிறகே பாலிசி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

☐ முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதைத் தெரிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய / முன்மொழிபவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் எந்தவொரு மாற்றத்தையும் எழுத்துபூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று மேலும் அறிவிக்கிறேன்.

☐ காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி எந்த ஒரு மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபரின்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி எந்தவொரு கடந்தகால அல்லது தற்போதைய பணியாளரிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கோருவதற்கும், காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவர் மீதான காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட எந்தவொரு காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்தும் தகவல்களைக் கோருவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்பதை அறிவிக்கிறேன் முன்மொழிவு மற்றும் / அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் நோக்கத்திற்காக.

☐ முன்மொழிவு மற்றும்/அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் ஒரே நோக்கத்திற்காக காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எந்தவொரு அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்துடனும் பகிர்ந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

☐ 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.

தேதி D D M M மற்றும் மற்றும் மற்றும் மற்றும் இடம் _____ முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

8. வட்டார மொழி அறிவிப்பு

(முன்மொழிபவர் உள்ளூர் மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் சான்றளிப்பு நிறுவனத்தின் முகவர் / பணியாளர் அல்லாத வேறு ஒருவரால் சாட்சியமளிக்கப்பட வேண்டும்). இந்த படிவத்தின் உள்ளடக்கம் மற்றும் அதன் விவரங்கள் முன்மொழிந்தவருக்கு என்னால் வட்டார மொழியில் விளக்கப்பட்டுள்ளன, அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார்:

சான்றுப்படுத்தும் நபரின் பெயர்:

சான்றளிக்கும் நபரின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் மொபைல் எண்:

சாட்சியின் பெயர்

கையொப்பம்

சாட்சி

சாட்சியின் அலைபேசி எண்:

கையொப்பம்

முன்மொழிபவர்

9. முன்மொழிபவர் பிரகடனம்

(எந்தவொரு காரணத்திற்காகவும், முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்படாத சான்று, முன்மொழிவு படிவம்

மற்றும் இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்களின் உள்ளடக்கங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டன, மேலும் முன்மொழியப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் பேரில் _____ ஆல் நிரப்பப்படுகிறது, அது சரியானது மற்றும் முழுமையானது என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

10. பிரீமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரீமியம் செலுத்தும் விருப்பம் ☐ காசோலை ☐ கேட்பு வரைவோலை ☐ கிரெடிட் கார்டு / டெபிட் கார்டு ☐ நெட்பேங்கிங் ☐ கேஷ்மற்றவர்கள்

பிரீமியம் தொகை ☐☐☐☐☐☐ ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐ தேதி D D M M மற்றும் மற்றும் மற்றும் மற்றும்

வங்கியின் பெயர் / கிளை ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ நிவா பூபா கிளை இடம் ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

குறியீட்டு எண் ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / டிஎஸ்டி / கார்ப்பரேட் ஏஜென்சி / பிற சேனல்கள்

குறியீட்டு இலக்கம் ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

பெயர் ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

16. பணத்தைத் திரும்பப் பெறுதல் மற்றும் உரிமைகோரல்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்: ☐ வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்

வங்கியின் பெயர்

கணக்கு எண் IFSC குறியீடு

கணக்கு வகை

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்.; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்:- C-38, முதல் தளம், லஜபத் நகர், பகுதி 1,
புது தில்லி-110024 பொறுப்புத் துறப்பு: காப்பீடு என்பது தேவையின் பொருள். நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (IRDAI பதிவு எண். 145). 'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட்பீட்' லோகோ அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமத்தின் கீழ் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் ஹெல்ப்லைன்: 1860-500- 8888. வலைத்தளம்: www.nivabupa.com. சிஇஎன் : 60000L2008PLC182918. விநியோக முறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விற்பனைச் சிற்றேட்டைக் கவனமாகப் படிக்கவும்.

பொருளின் பெயர்: **Health Companion, Product UIN: NBHHLIP24115V072324 Add-on** பெயர்: **Safeguard, Add-on UIN: NBHHLIA24109V022324 |**

ஆட்-ஆன் பெயர்: **SavePlus, ஆட்-ஆன் UIN: NBHHLIA24070V012324**

நிறுவனத்தின் ஒப்புகை

விண்ணப்ப எண்.

தேதி

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகை _____ அன்று வரையப்பட்ட _____ தேதியிட்ட _____ காசோலை / கேட்பு வரைவோலை / பிறர் பெறப்பட்டதற்கு நன்றியுடன் ஒப்புக்கொள்கிறோம். காப்பீட்டிற்கான ஒரு பூர்த்தி செய்யப்பட்ட முன்மொழிவை எங்களுக்கு சமர்ப்பிப்பதோ அல்லது பாலிசி வழங்குவதற்காக

செய்யப்பட்ட எந்தவொரு பணம்செலுத்தலும் ஒரு பாலிசியை வழங்குவதற்கு ஒப்புக்கொள்ள எங்களை கட்டாயப்படுத்தாது, அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் தனிப்பட்ட மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது

மற்றும் பிரீமியம் எங்களால்

முழுமையாகவும் சரியான நேரத்திலும் பெறப்படவில்லை அல்லது உணரப்படவில்லை என்றால் எங்களுக்கு எந்த பொறுப்பும் இருக்காது. நாங்கள் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், வட்டி இல்லாமல் உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ பரிசோதனைகளின் செலவு, ஏதேனும் இருந்தால், கழித்த பிறகு உங்களுக்குத் தெரிவித்து, கட்டணத்தைத்

திருப்பித் தருவோம்.

பெறுநரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை