

முன்மொழிவு

படிவத்தை மீண்டும் உறுதிப்படுத்தவும்

யுஆர்என்: 015

1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்:

தலைப்பு பெயர்

பிறந்த தேதி பாலினம்: ஆண் பெண் வேறு குடியுரிமை

தற்போதைய முகவரி M M மற்றும்/மற்றும்/மற்றும்

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 இல்லார் மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

பிரீமியம் செலுத்தியது முன்மொழிபவருடனான உறவு

விண்ணப்பப் படிவத்தில் இங்கே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மின்னஞ்சல் முகவரிக்கு உங்கள் கொள்கை மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் அனுப்ப நிறுவனத்தை அங்கீகரிப்பதன் மூலம் சுற்றச்சூழலைப் பாதுகாக்கவும், காசித்ததை சேமிக்கவும் உதவ விரும்புகிறேன்?

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

நீங்கள் அல்லது முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாராவது PEP# ஆக இருக்கிறீர்களா இல்லை

PEP#கள் அடங்கியிருக்கக்கூடியவர்கள்: அரசு அமைப்புகளில் பணிபுர்பவர்கள் / அரசுத் தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசாங்க நிதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், கட்சியின் முக்கிய அதிகாரிகள் போன்ற முக்கிய பொது செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டுள்ள அல்லது ஓய்வுபெற்றவர்கள். உங்கள் ஆவர், நீங்கள் PEP க்கு சிறைக்கு செப்திடுகிறீர்கள், தயவுசெய்து உன் PEP கேள்வித்தாளை திரும்பவும்

ஊரக மற்றும் சமூகத் துறை பிரிவு (பொருநினைவு): ஆஷாபணியாளர் MGNREGA பணியாளர்

உங்களுக்கு பாலிசி கிட்டின் பிசிகல் நகல் வேண்டுமா? ஆம் இல்லை

வங்கி விவரங்கள்:

வங்கியின் பெயர்

கணக்கு எண் IFSC குறியீடு

கணக்கு வகை சேமிப்பு நடப்பிலுள்ள கிளை நகரம்

மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு (eIA) விவரங்கள்

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

இல்லை, என்னிடம் eIA இல்லை மற்றும் ஒன்றைத் திறக்க விரும்பவில்லை ஆம், இந்த பாலிசியை எதுமின்-காப்பீட்டு கணக்கில் வரவுவைக்கவும்

ஆம் எனில், தற்போதுள்ள மின்-காப்பீட்டு கணக்கு எண்ணைப் பகிரவும்.

தயவுசெய்து காப்பீட்டு களஞ்சியத்தின் பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்)

M/s. NSDL டேட்டாபேஸ் மேனேஜ்மென்ட் லிமிடெட் M/s. சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டுரி லிமிடெட்

M/s. கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டுரி லிமிடெட் M/s. CAMS Repository Services Limited (தயவுசெய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது

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

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிவு:

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாலிசியின் புதுப்பித்தல் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்டோமேட்டட் கிளியரிங் ஹவுஸ் (ACH) / நிலையான அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நிறுவனத்துடன் தொடர்புடைய 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, இதன் மூலம் பாலிசி புதுப்பிக்கப்படும் வரை பிரீமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடி பெற விரும்புகிறேன்.

தேதி இடம் முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

2. காப்பீட்டிற்கு விண்ணப்பித்தவர்களின் விவரங்கள்:

விண்ணப்பதாரர் 1	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): சுய / மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள் / பணியாளர்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												
விண்ணப்பதாரர் 2	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												
விண்ணப்பதாரர் 3	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												
விண்ணப்பதாரர் 4	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												
விண்ணப்பதாரர் 5	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												
விண்ணப்பதாரர் 6	பெயர்											
	பாலினம்	ஆண்	பெண்	வேறு	உயரம்	(ஹூஃப்)	(அங்குலம்)	எடை	(கிலோ)			
	மொபைல் எண்				பிறந்த நாள்	D	D	M	M	மற்றும்	இந்தியன் இல்லையென்றால் டிக் செய்யவும்	
	முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தை டிக் செய்யவும்): மனைவி / தந்தை / தாய் / மாமனார் / மாமியார் / மகன் / மகள்											
	பதிவுசெய்யப்பட்ட மருத்துவ பயிற்சியாளர்* என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும் மருத்துவ பதிவு எண்											
	ii. கவுன்சில் பெயர்											
iii. பணியிடத்தின் முகவரி												

* பிரீமியத்தில் 5% தள்ளுபடி பெறுங்கள். மருத்துவ பயிற்சியாளர் என்பது, ஏதேனும் மாநிலத்தின் மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவக் கவுன்சில் அல்லது இந்திய அரசு அல்லது மாநில அரசால் அமைக்கப்பட்ட ஹோமியோபதி ஆகியவற்றிலிருந்து செல்லுபடியாகும் பதிவை வைத்திருக்கும் ஒரு நபர் என்று பொருள்படும். அதன் மூலம் அதன் அதிகார எல்லைக்குள் மருத்துவம் பயிற்சி செய்ய உரிமை உண்டு; மற்றும் அவரது உரிமத்தின் நோக்கம் மற்றும் அதிகார வரம்பிற்குள் செயல்படுகிறார். குறிப்புகள்: 1. முன்மொழிபவருடன் விண்ணப்பதாரர் 1 இன் உறவு ஊழியராக இருந்தால், மற்ற விண்ணப்பதாரர்களின் உறவு விண்ணப்பதாரர் 1 உடன் இருக்கும். 2. வாழ ஆரோக்கியமான பயன் பெற, தகுதியுள்ள காப்பீட்டு நபர்கள்: அ. அனைத்து உறுப்பினர்களும் ஒரு ஃபேமிலி ஃப்ளோட்டர் பாலிசியின் கீழ் மகன் / மகளை எதிர்பார்க்கிறார்கள் b. தனிநபர் பாலிசியின் கீழ் குறைந்தபட்சம் 18 வயது உள்ள எந்தவொரு உறுப்பினரும்

3. கவரேஜ் தேர்வு:

போர்ட்டிலிடீடீக்கு விண்ணப்பிக்கிறீர்களா:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
அடிப்படை கவரேஜ்:												
கொள்கை வகை:	<input type="checkbox"/> நபர்	<input type="checkbox"/> ஃபேமிலி ஃப்ளோட்டர்										
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை: (ரூ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1
	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கண்ணி	கோடியில்
பாலிசி காலம்:	<input type="checkbox"/> 1 வருடம்	<input type="checkbox"/> 2 வருடங்கள்	<input type="checkbox"/> 3 வருடங்கள்									
விரும்பு கவரேஜ்:												
1. மருத்துவமனை ரொக்கம்: ஒரு நாளைக்கு ரூ. 1,000 (ரூ. 5 லட்சம் வரை காப்பீட்டுத் தொகைக்கு), ஒரு நாளைக்கு ரூ. 2,000 (காப்பீட்டுத் தொகையில் ரூ. 7.5 லட்சம் முதல் ரூ. 15 லட்சம் வரை) & ஒரு நாளைக்கு ரூ. 4,000 (ரூ. 15 லட்சத்திற்கு மேல் காப்பீட்டுத் தொகைக்கு)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ஆம்	இல்லை										
2. பாதுகாப்பு+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ஆம்	இல்லை										
3. பாதுகாப்பு	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ஆம்	இல்லை										
4. ஸ்மார்ட் ஹெல்த்+ (நோய் மேலாண்மை) * பாதிக்கப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களும் தங்கம் அல்லது பிளாட்டினம் என்ற ஒரு கையை தேர்வு செய்ய வேண்டும்.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	தங்கம்	விழுப்பொன்	இல்லை	2	3	4	5	6				
5. ஸ்மார்ட் ஹெல்த்+ (அக்யூட் கேர்) *இரண்டில் ஏதேனும் ஒன்றை தேர்வு செய்யலாம்	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	சிறந்த ஆலோசனை	சிறந்த பராமரிப்பு	இல்லை	சிறந்த பராமரிப்பு காப்பீட்டுத் தொகை விரும்பங்கள்:								
	இந்திய ரூபாய் 5,000	இந்திய ரூபாய் 10,000	இந்திய ரூபாய் 15,000	இந்திய ரூபாய் 20,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. 'தனிநபர் விபத்து காப்பீடு' தேர்வு செய்தால் டிக் செய்யவும் (இந்த விருப்பம் 18 வயது அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட வயதுடைய விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மட்டுமே கிடைக்கும்)	விண்ணப்பதாரர் எண்											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	1	2	3	4	5	6						
7. வருடாந்திர மொத்த விலக்கு	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	இல்லை	10,000	20,000	30,000	50,000	1,00,000						
8. இணை கொடுப்பனவு	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	இல்லை	10%	20%	30%	40%	50%						
9. முன்பே இருக்கும் நோய் காத்திருப்பு நேரம் மாற்றம்	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	தேர்வு செய்யப்படவில்லை	1 வருடம்	2 வருடம்	4 வருடம்								
10. அறை வகை மாற்றம்	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	இல்லை	நிலையான ஒற்றை அறை	பகிரப்பட்ட அறை									
11. நவீன சிசிசை+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ஆம்	இல்லை										

4. வேட்புமனு:

முன்மொழிபவரின் விருந்துவிட்டால், பாலிசியின் கீழ் செலுத்த வேண்டிய எந்தவொரு பணமும் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நியமனதாரருக்கு செலுத்தப்படும். நியமனதாரர் அத்தகைய பணத்தைப் 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:

கணக்கு எண்: IFSC குறியீடு:

5. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடந்த கால முன்மொழிவு தகவல்

முக்கியமான: இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையாகவும் முழுமையாகவும் பதிலளிக்கப்படுவதை உறுதிசெய்யவும், ஏனெனில் நீங்கள் இங்கே வழங்கும் தகவல்கள் நிவா பூபாவின் எழுத்துறுதியின் அடிப்படையாக அமையும். முழுமையற்ற, தவறான, பகுதியளவு சரியான தகவல் உங்கள் மருத்துவ உரிமைகோரல் மற்றும்/அல்லது பாதுகாப்பை பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

பிரிவு A: மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றிய தகவல்களைப் பகிரவும்						
ஒவ்வொரு விண்ணப்பதாரிக்கும் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்					
	1	2	3	4	5	6
i. ஜலதோஷம், காய்ச்சல், நோய்த்தொற்றுக்கள், சிறிய காயம் அல்லது பிற சிறிய வியாதிகள் தவிர; விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் நோயால் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது 5 நாட்களுக்கு மேல் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை நடைமுறைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது ஏதேனும் மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்டாரா / 14 நாட்களுக்கு மேலாக ஏதேனும் அறிகுறிகளைக் கொண்டிருந்தாரா? இன்ஹேலர்கள், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் உடல் பாகங்கள்	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
ii. தைராய்டு சுயவிவரம், கொழுப்பு சுயவிவரம், டிரெட்மில் சோதனை, ஆஞ்சியோகிராபி, எக்கோகார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், CT ஸ்கேன், MRI, பயாப்சி மற்றும் FNAC தொடர்பான ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனைகள் அல்லது விசாரணைகளுக்கு விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது பாதுகாப்பை கண்டுபிடிப்புகளைக்	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
iii. விண்ணப்பதாரருக்கு நீரிழிவு நோய் அல்லது நீரிழிவுக்கு முந்தைய நிலை உள்ளதா அல்லது அவருக்கு / அவளுக்கு எப்போதாவது	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
iv. விண்ணப்பதாரருக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் உள்ளதா?	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
v. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மரபணு / பரம்பரை கோளாறுகள் அல்லது எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் கண்டறியப்பட்டுள்ளாரா அல்லது சிகிச்சையளிக்கப்பட்டுள்ளாரா?	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
vi. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மனநல / மனநல கோளாறுகளுக்கு கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ
vii. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுள் காப்பீடு, உடல்நலம், மருத்துவமனை தினசரி ரொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு ஆகியவற்றிற்கான எந்தவொரு முன்மொழிவும் எப்போதாவது ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றப்பட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ	மற்றுமீ

பிரிவு B: (விண்ணப்பதாரர் புகைபிடித்தால் அல்லது புகையிலை / குட்கா / பாள் மசாலா அல்லது ஆல்கஹால் உட்கொண்டால் மட்டுமே இந்த பிரிவை நிரப்பவும்)	i. மெல்லக்கூடிய புகையிலை / குட்கா / பாள் மசாலா. ஆம் என்றால், ஒரு நாளைக்கு பைகளின் எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்		ii. மது. ஆம் எனில், வாரத்திற்கு மில்லி எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்		iii. சிகரெட் / டீடி / சுருட்டு. ஆம் எனில், ஒரு நாளைக்கு நுகர்வு என்பதைக் குறிப்பிடவும்		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	டெய்லி ட்ரிங்கர்	1-10	> 10
விண்ணப்பதாரர் 1							
விண்ணப்பதாரர் 2							
விண்ணப்பதாரர் 3							
விண்ணப்பதாரர் 4							
விண்ணப்பதாரர் 5							
விண்ணப்பதாரர் 6							

பிரிவு C: மேலே உள்ள பிரிவில் ஆம் (Y) எனக் குறிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு, பின்வரும் தகவலைக் குறிப்பிடவும்:									
விண்ணப்பதாரர் எண்	அறிகுறிகள் (அல்லது விசாரணைகள்) அல்லது நோய் கண்டறிதல் அல்லது செயல்முறை நடைமுறையின் காலம்				மருந்துகள் (கள்)	மருந்தளவு	தற்போதைய நிலை (எ.கா. முழுமையான / பகுதி மீட்பு அல்லது நடந்துகொண்டிருக்கும்)	சிகிச்சையளித்தல் பெயர் & தொடர்பு விவரங்கள்	ஆவணங்கள் இணைக்கப்பட்டன (ஆம்/இல்லை)
	நீரிழிவு HbA1c நிலை என்றால்	உயர் இரத்த அழுத்தம் பிபி லீவ் என்றால்		வேறு ஏதேனும் விவரங்கள்					
		சிட்லாலிக்	டயஸ்டாலிக்						

6. மின்னணு கொள்கை நிறைவேற்றம் மற்றும் சேவை தகவல்தொடர்புகளுக்கான அங்கீகாரம்

விண்ணப்பப் படிவத்தில் இங்கே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மின்னஞ்சல் முகவரிக்கு உங்கள் கொள்கை மற்றும் சேவை தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் அனுப்ப நிறுவனத்தை அங்கீகரிப்பதன் மூலம் சுற்றுச்சூழலைப் பாதுகாக்கவும், காகிதத்தை சேமிக்க உதவவும் விரும்புகிறீர்களா? ஆம் இல்லை

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

என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாலிசியின் அடிப்படையை உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துறுதி பாலிசிக்கு உட்பட்டது மற்றும் விதிக்கத்தக்க பிரிமியத்தை 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 எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று மேலும் அறிவிக்கிறேன்.

காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி எந்தவொரு 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 தகவல்களைப் பெறுவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்று 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 எங்கள் எம்பெனல் செய்யப்பட்ட வழங்குநருடன் சேவை வழங்குவதற்கான ஒரே நோக்கத்திற்காக பகிர்ந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறோம்.

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

தேதி இடம் முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

8. வட்டார மொழி அறிவிப்பு

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

சான்றுப்படுத்தும் 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 அலைபேசி எண்:	<input type="text"/>
				முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்	<input type="text"/>

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 கீழ் ஆல் நிரப்பப்படுகிறது, அது சரியானது மற்றும் முழுமையானது என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

பொருளின் பெயர்: ReAssure | தயாரிப்பு UIN: NBHHLIP25037V032425

ஆட்-ஆன் பெயர்: ஸ்மார்ட் ஹெல்த்+ | UIN இல் சேர்க்கவும்: NBHHLIA22164V012122; ஆட்-ஆன் பெயர்: SavePlus, ஆட்-ஆன் UIN: NBHHLIA24070V012324

இந்த இடம் வேண்டுமென்றே காலியாக விடப்பட்டுள்ளது.

10. பிரீமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரீமியம் செலுத்தும் விருப்பம் காசோலை கேட்பு வரைவோலை கிரெடிட் கார்டு / டெபிட் கார்டு நெட்பேங்கிங் பணம் மற்றவர்கள்

பிரீமியம் தொகை ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ID: தேதி

வங்கியின் பெயர் / கிளை நிவா பூபா கிளை இடம்

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

குறியீட்டு இலக்கம்

பெயர்

முன்மொழிவு பெறப்பட்டது: வாடிக்கையாளர் ID:

முன்மொழிபவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளராகவும் இல்லை

11. Bancassurance சேனல்க்கான கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு SP குறியீடு RM / LG குறியீடு

வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண்

12. காப்பீட்டு ஆலோசகரின் அறிக்கை (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

நான், ஒரு காப்பீட்டு ஆலோசகர் / கார்ப்பரேட் முகவரின் குறிப்பிடப்பட்ட நபர் / தரகர் / உறவு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் என்ற முறையில், இந்த முன்மொழிவு படிவத்தின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்பதை இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன், இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மை உட்பட இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் அவர் / அவள் சமர்ப்பித்த அறிக்கை (கள்), தகவல் மற்றும் பதில் (கள்) இதில் உள்ள கேள்விகளுக்கு அல்லது இங்கு கோரப்பட்ட எந்த விவரங்களும் அடிப்படையாக அமையும் பாலிசி வழங்குவதற்காக இந்த முன்மொழிவு நிறுவனத்தால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டால், நிறுவனத்திற்கும் முன்மொழிபவருக்கும் இடையிலான காப்பீட்டு ஒப்பந்தம்.

இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் ஏதேனும் பொய்யான அறிக்கை (கள்) / தகவல் / பதில் (கள்) இருந்தால் / பிற்சேர்க்கை (கள்), பிரமாணப் பத்திரங்கள், அறிக்கைகள், சமர்ப்பிப்புகள், வழங்கப்பட்ட / வழங்கப்பட வேண்டிய சமர்ப்பிப்புகள் மற்றும் மேலும் ஏதேனும் முக்கிய உண்மை வெளிப்படுத்தப்படாவிட்டால், இந்த முன்மொழிவுக்கு இணங்க அவருக்கு / அவளுக்கு சாதகமாக வழங்கப்பட்ட பாலிசி நிறுவனத்தால் செல்லுபடியாகாது என்று கருதப்படலாம் மற்றும் பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பிரீமியங்களும் நிறுவனத்திற்கு பறிமுதல் செய்யப்படலாம்.

தேதி காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

13. சட்டரீதியான எச்சரிக்கை

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

- இந்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான அபாயம் தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க அல்லது தொடர எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தூண்டுதலாக, செலுத்த வேண்டிய கமிஷன் முழுவதிலும் அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரீமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவலறிக்கை அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அல்லது தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது.
- இந்தப் பிரிவின் விதிகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

14. ABHA ஐடி

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?		ABHA ஐடி	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர்கள்/TPAக்களுடன் பகிர் கொள்ள ஒப்புதல்	
	<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="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

15. பணத்தைத் திரும்பப் பெறுதல் மற்றும் உரிமைகோரல்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்:

வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்

வங்கியின் பெயர்

கணக்கு எண்

IFSC குறியீடு

கணக்கு வகை

நிறுவனத்தின் ஒப்புக்க

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 திரும்பித் தருவோம்.

பெறுநரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லஜ்பத் 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) (RDAI பதிவு மற்றும் 'ஹார்ட்பீட்' லோகோ அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமத்தின் கீழ் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் 1860-500-8888. வலைத்தளம்: www.nivabupa.com. சிஐஎன்: U66000DL2008PLC182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விற்பனைச் சிறுநேட்டைக் கவனமாகப் படிக்கவும்.

பொருளின் பெயர்: ReAssure | தயாரிப்பு UIN: NBHHLIP25037V032425

ஆட்-ஆன் பெயர்: ஸ்மார்ட் ஹெல்த்+ | UIN இல் சேர்க்கவும்: NBHHLIA22164V012122; ஆட்-ஆன் பெயர்: SavePlus, ஆட்-ஆன் UIN: NBHHLIA24070V012324