

ReAssure 2.0

முன்மொழிவு படிவம்

புதுருள்: 023

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

உங்கள் உடல்நலம் பற்றிய தகவல் மற்றும் உங்கள் பாலிசி மீதான அதன் தாக்கம் எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பது உங்களுக்குத் தெரியாமல் இருக்கலாம் என்பதை நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம். எனவே, நீங்கள் அனைத்து உடல்நலத் தகவல்களையும் வெளிப்படுத்துவது மிகவும் முக்கியம், அது எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பதை நாங்கள் தீர்மானிப்போம் (நாங்கள் அதை 'பொருள் உண்மை' என்று அழைக்கிறோம்). காப்பீட்டு செய்ய

முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களைப் பற்றியும் சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல்கள் வழங்கப்படவில்லை என்றால், நாங்கள் உங்கள் பாலிசியை ரத்து செய்வோம், எந்த உரிமைகோரலையும் செலுத்த மாட்டோம், செலுத்தப்பட்ட எந்த பிரிமியத்தையும் திரும்பித் தர

மாட்டோம், மேலும் காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களைப் பற்றியும் சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல்கள் வழங்கப்படவில்லை என்றால், முன்பு செலுத்தப்பட்ட பலன்களை மீட்டெடுப்பது உட்பட உங்களிடமிருந்து

சாத்தியமான அனைத்து கால்களையும் எடுக்க உரிமை உண்டு. நாங்கள் மழு பிரிமியத்தையும் பெற்று, அபக்தை வெளிப்படையாக ஏற்றுக்கொண்டால் மட்டுமே கவரேஜ் தொடங்க முடியும் என்று விதிமுறைகள் கட்டளையிடுகின்றன.

1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்:

தலைப்பு	பெயர்					
பிறந்த தேதி	பாலினம்:	ஆண்	பெண்	வேறு	குடியுரிமை	
தற்போதைய முகவரி						
மைல்கல்						
மாவட்டம்	நிலை	தனிப்பட்ட அடையாள எண்				
வேண்டலை எண்	மொபைல் எண்					
மின்னஞ்சல் முகவரி	மாற்று எண்					
ஆண்டு வருமானம் (ரூ)	KYC எண்					
தொழில்	சம்பளம் பெறுபவர்	சுயதொழில்	மாணவர்	இல்லார்	மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்	
பிரிமியம் செலுத்தியது	முன்மொழிபவருடனான உறவு					

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

நான் அனைத்து விதிமுறைகளையும் நிரந்தரமாகவும் 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.

உங்களுக்கு பாலிசி கிட்டிண்டின் பிசிகல் கல் வேண்டுமா? ஆம் இல்லை

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

Politically Exposed Persons (PEP) என்பது மத்திய அல்லது மாநில அரசின் தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசாங்க, நீதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், கட்சியின் முக்கிய அதிகாரிகள் போன்ற முக்கிய பொது செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டுள்ள அல்லது ஒப்படைக்கப்பட்ட நபர்கள் ஆவர். நீங்கள் PEP க்கு எதிராக டிக் செய்திருந்தால், தயவுசெய்து தனி PEP கேள்வித்தாளை நிரப்பவும்)

வங்கி விவரங்கள்:

வங்கியின் பெயர்					
கணக்கு எண்	IFSC குறியீடு				
கணக்கு வகை	சேமிக்கிறேன்	நடப்பிலுள்ள	கிளை	நகரம்	

மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு (eA) விவரங்கள்

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

இல்லை, என்னிடம் eA இல்லை மற்றும் ஒன்றைத் திறக்க விரும்பவில்லை ஆம், இந்த பாலிசியை எனது மின்-காப்பீட்டு கணக்கில் வரவு வைக்கவும்

ஆம் எனில், தற்போதுள்ள மின்-காப்பீட்டு கணக்கு எண்ணப் பகிரவும்.

தயவுசெய்து காப்பீட்டு களஞ்சியத்தின் பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்)

<input type="checkbox"/> M/s. NSDL டேட்டாபேஸ் மேனேஜ்மென்ட் லிமிடெட்	<input type="checkbox"/> M/s. சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்
<input type="checkbox"/> M/s. கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்	<input type="checkbox"/> 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 ஆணைகளுடன் மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு நிறுப்ப படிவத்தை (eA படிவம்) சமர்ப்பிக்கவும்).

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிவு:

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

தேதி	இடம்	முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்
------	------	--------------------------

2. காப்பீட்டிற்கு விண்ணப்பித்தவர்களின் விவரங்கள்:

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

3. கவரேஜ் select ஆன்:

அடிப்படை கவரேஜ்:

பாலிசி வகை:	<input type="checkbox"/> நபர் <input type="checkbox"/> கபேமிலி கப்ளோட்டர் <input type="checkbox"/> பல உறுப்பினர் தனிநபர்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	<input type="checkbox"/> பெரியவர்கள் <input type="checkbox"/> குழந்தைகள்
மாறுபாடு:	<input type="checkbox"/> வெண்கலம் <input type="checkbox"/> வெள்ளி <input type="checkbox"/> தங்கம் <input type="checkbox"/> வெண்கலம்+ <input type="checkbox"/> வெள்ளி+ <input type="checkbox"/> தங்கம்+ <input type="checkbox"/> வைரம்+ <input type="checkbox"/> பிளாட்டினம்+ <input type="checkbox"/> டைட்டானியம்+
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை:	_____
பாலிசி காலம்:	<input type="checkbox"/> 1 வருடம் <input type="checkbox"/> 2 வருடங்கள் <input type="checkbox"/> 3 வருடங்கள்

விருப்ப கவரேஜ்:

1. மருத்துவமனை பணம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
2. பாதுகாப்பு \$	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
3. பாதுகாப்பு+ \$	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
4. ஸ்மார்ட் உடல்நலம்* (நோய் மேலாண்மை) * அனைத்து பாதிக்கப்பட்ட உறுப்பினர்களும் ஒரு மாறுபாட்டை தங்கம் அல்லது பிளாட்டினம் தேர்வு செய்ய வேண்டும்.	<input type="checkbox"/> தங்கம் <input type="checkbox"/> விழுப்பொன் <input type="checkbox"/> இல்லை
5. ஸ்மார்ட் ஹெல்த்* (அகியூட் கேர்) *இரண்டில் ஏதேனும் ஒன்றை தேர்வு செய்யலாம்	<input type="checkbox"/> சிறந்த ஆலோசனை <input type="checkbox"/> சிறந்த பராமரிப்பு <input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. தனிநபர் விபத்துக் காப்பீடு* விருப்பத்தேர்வு இருந்தால் 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"/>
7. வருடாந்திர மொத்த விலக்கு விருப்பங்கள்:	<input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. இணை கொடுப்பனவு	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%
9. முன்பே இலக்கும் நோய் காத்திருப்பு நேரம் மாற்றம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> 4 வருடம் <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. அறை வகை மாற்றம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஒற்றை தனியார் அறை <input type="checkbox"/> பகிரப்பட்ட அறை

*செல் அடோட்டர் காப்பீட்டுத் தொகை காப்பீடு செய்யப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களுக்கும் பொதுவானது. அடோட்டர் என்றால் அனைத்து காப்பீடுதாரர்களும் தனித்தனிபட்டால் அல்லது கட்டாவினாலும் இதை வாசலு கோரலாம்.

55% பாதுகாப்புத் தொகை பாதுகாப்புத் தேர்வு செய்யப்படலாம்.

4. பெயர்வுத்திறன்

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

போர்ட்டிங் விதி கோரப்படும் உத்தேச காப்பீட்டாளரின் பெயர்	முதல் பாலிசி தொடக்க தேதி	பெயர்வுத்திறன் கோரப்பட்ட தொடர்ச்சியான காப்பீட்டின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	கடந்த கால பாலிசிகளில் உரிமைகோரல்கள்	தற்போதைய நோ கிணைம் போனஸ்	காப்பீட்டுத் தொகை - ஆண்டு 1 (பொதுவது)	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 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: _____ சேமிப்பு: _____ நடப்பிலுள்ள: _____

கணக்கு எண்: _____ IFSC குறியீடு: _____

6. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடந்த கால முன்மொழிவு தகவல்

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

பிரிவு A: மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றிய தகவல்களைப் பகிரவும்	விண்ணப்பதாரர் எண்					
	1	2	3	4	5	6
ஒவ்வொரு விண்ணப்பதாரரிக்கும் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) வட்டமிடவும்						
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? இன்ஹேரலர்கள், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் உடல் பாகங்கள் மீதான வெளிப்புற மருத்துவப் பயன்பாடுகள் ஆகியவை இதில் அடங்கும் ஆனால் இவை மட்டுமே அல்ல.		N	N	N	N	N
ii. தரையுடு சுயவிவரம், கொழுப்பு சுயவிவரம், டிரெட்மில் சோதனை, ஆஞ்சியோகிராபி, எக்ஸ்கோகார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், CT ஸ்கேன் MRI, பயாப்ஸி மற்றும் FNAC தொடர்பான ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனைகள் அல்லது விசாரணைகளுக்கு விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது பாதகமான கண்டுபிடிப்புகளைக் கொண்டிருந்தாரா?		N	N	N	N	N
iii. விண்ணப்பதாரருக்கு நீரிழிவு நோய் அல்லது நீரிழிவுக்கு முந்தைய நிலை உள்ளதா அல்லது அவருக்கு / அவளுக்கு எப்போதாவது உயர் இரத்த சர்க்கரை இருந்ததா?		N	N	N	N	N
iv. விண்ணப்பதாரருக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் உள்ளதா?		N	N	N	N	N
v. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மரபணு / பரம்பரை கோளாறுகள் அல்லது எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ் கண்டறியப்பட்டுள்ளாரா அல்லது சிகிச்சையளிக்கப்பட்டுள்ளாரா?		N	N	N	N	N
vi. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மனநல / மனநல கோளாறுகளுக்கு கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது சிகிச்சையளிக்கப்பட்டாரா?		N	N	N	N	N
vii. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுள் காப்பீடு, உடல்நலம், மருத்துவமனை திண்சரி ரொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு ஆகியவற்றிற்கான எந்தவொரு முன்மொழிவும் எப்போதாவது ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றப்பட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?		N	N	N	N	N

பிரிவு B: (விண்ணப்பதாரர் புகைபிடித்தால் அல்லது புகையிலை / குடகா / பான் மசாலா அல்லது ஆல்கஹால் உட்கொண்டால் மட்டுமே இந்த பிரிவை நிரப்பவும்)	i. ஃபீல்ட் க்குடிய புகையிலை / குடகா / பான் மசாலா. ஆம் எனில், ii க்கு பைகளின் எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும். நாள்		ii. மது. ஆம் எனில், வாரத்திற்கு மில்லி எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்		iii. சிகரெட் / பீடி / சுருட்டு. ஆம் எனில், ஒரு நாளைக்கு நுகர்வு என்பதைக் குறிப்பிடவும்	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	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	அறிஞர்(கள்) அல்லது விசாரணை(கள்) அல்லது நோய் கண்டறிதல் அல்லது செயல்முறை / அழவை சிசிச்சை பற்றிய விவரங்கள்				நிபந்தனையின் காலம்	மருந்துகள்(கள்)	மருந்தளவு	தற்போதைய நிலை (எ.சா. முழுமையான / பகுதி மீட்டடி அல்லது நடந்துகொண்டிருக்கும்)	சிசிச்சையளித்தல் மருத்துவரின் பெயர் & தொடர்பு விவரங்கள்	ஆவணங்கள் இணைக்கப்பட்டன (ஆம்/இல்லை)	
	நீரிழிவு HbA1c நிலை என்றால்	உயர் இரத்த அழுத்தம் பிபி லீவ் என்றால்		வேறு ஏதேனும் விவரங்கள்							தொடக்க தேதி (DD/ MM/ YYYY)
		சிஸ்டாலிக்	டயஸ்டாலிக்								

7. பிரகடனம் (முன்மொழிவு படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதற்கு முன் கவனமாகப் படித்து, ஒவ்வொன்றிற்கும் எதிராக ஒரு காதோலை 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 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 எந்த ஒரு மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/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 உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எந்தவொரு அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்தடலும் பகிர்ந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.
- காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட்ட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் எம்பேனல் 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 முன்மொழிபவருக்கு 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 உள்ளடக்கங்களை எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டன, மேலும் முன்மொழிபப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் கீழ் _____ ஆல் நிரப்பப்படுகிறது, அது சரியானது மற்றும் முழுமையானது என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் _____

10. பிரிமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரிமியம் செலுத்தும் விருப்பம் காசோலை கேட்டி வரைவோலை கிரெடிட் கார்டு / டெபிட் கார்டு நெட்பேங்கிங் கேஷ்மற்றவர்கள்

பிரிமியம் 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 பணியாளரா? ஆம் இல்லை

11. Bancassurance சேனல்களைக் கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு SP குறியீடு RM / IG குறியீடு

C customer 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 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.

தேதி காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

13. சட்டரீதியான எச்சரிக்கை

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

1. இந்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான அபாயம் தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க அல்லது தொடர் எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தாண்டிவாக, செலுத்த வேண்டிய கமிஷன் முழுவதிலும் அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரிமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவலரிக்கை அல்லது அட்டவணைகளின் படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அல்லது தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது.

2. இந்தப் பிரிவின் விதிகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

14. ஊரக மற்றும் சமூகத் துறை பிரிவு (பொருந்தினால்):

ஆஷா பணியாளர் MGNREGA பணியாளர்

15. ABHA ID

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?	ABHA ID	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர்கள்/TPAக்களுடன் பரிசீலனை செய்வதில் கொள்ள ஒப்புதல்
<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

நிவா பூபா நெல்லை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லக்ஷ்மி நகர், பகுதி 1, பது தில்லி-110024 பொறுப்புத் துறப்பு: காப்பீட்டு என்பது தேவையின் பொருள். நிவா பூபா நெல்லை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா நெல்லை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (RDN) பதிவு எண்: 145). 'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட்லீட்' லோகோ அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமத்தின் கீழ் நிவா பூபா நெல்லை இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்பட்டுகின்றன. வாடிக்கையாளர் நெல்லைப்பலன்: 1860-500-8888. வலைத்தளம்: www.nivabupa.com. இமேல்: U66000U2089PLC32918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விநியோகச் சிறந்தேட்டைக் கவனமாகப் படிக்கவும்.

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1,

புது தில்லி-110024 பொதுப் பத துறப்பு: காப்பீடு என்பது தேவையின் பொருள். நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மேக்ஸ் பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (ROAI பதிவு எண். 145), 'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட்லீட்' 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. சிஐஎன்: U66000DL2008PLC182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கூடுதல் விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விற்பனைச் சிற்றேட்டைக் கவனமாகப் படிக்கவும்.

பொருளின் பெயர்: ReAssure 2.0, தயாரிப்பு UIN: NBHHLUP23169V012223 | ரைடர் பெயர்: ஸ்மார்ட் ஹெல்த்+, ரைடர் UIN: NBHHLUA22164V012122

நிறுவனத்தின் ஒப்புக்கொள்ளல்

விண்ணப்பம் 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