

ரீஅஸ்யூர் 3.0

முன்மொழிவுப் படிவம்

URN: 032

காப்பீட்டு ஒப்பந்தம் ஒரு சட்டபூர்வமான ஒப்பந்தம் மற்றும் அது நம்பிக்கையின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது, மேலும் நாங்கள் உங்களை நம்புகிறோம்.

உங்கள் ஆரோக்கியம் பற்றிய தகவல் மற்றும் அதன் பாலிசி மீதான தாக்கம் எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பதை நீங்கள் அறியாமல் இருக்கலாம் என்பதை நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம். எனவே, அனைத்து சுகாதார தகவல்களையும் நீங்கள் வெளிப்படுத்துவது மிகவும் முக்கியம், மேலும் அது எவ்வளவு பொருத்தமானது என்பதை நாங்கள் தீர்மானிப்போம் (இதை நாங்கள் 'முக்கிய உண்மை' என்று அழைக்கிறோம்).

காப்பீடு செய்யப்பட முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்கள் பற்றிய சரியான மற்றும் முழுமையான தகவல் வழங்கப்படாவிட்டால், உங்கள் பாலிசியை நாங்கள் ரத்து செய்வோம், எந்தவொரு கிளைமையும் செலுத்த மாட்டோம், செலுத்தப்பட்ட பிரீமியத்தை திருப்பி செலுத்தமாட்டோம், மேலும் முன்பு செலுத்தப்பட்ட பலன்களை மீட்டெடுப்பது உட்பட உங்களுக்கு எதிராக சாத்தியமான அனைத்து சட்ட நடவடிக்கைகளையும் எடுக்க எங்களுக்கு உரிமை உண்டு. முழு பிரீமியத்தையும் நாங்கள் பெற்ற பிறகு மற்றும் அபாயத்தை வெளிப்படையாக ஏற்றுக்கொண்ட பிறகு மட்டுமே பாதுகாப்பு தொடங்க முடியும் என்று விதிமுறைகள் கட்டாயப்படுத்துகின்றன.

1. முன்மொழிபவர் விவரங்கள்:

தலைப்பு	பெயர்												
பிறந்த தேதி	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	பாலினம்:	ஆண்	பெண்	மற்றவை	தேசியம்
தற்போதைய முகவரி													
அடையாளக்குறி											நகரம்		
மாவட்டம்											மாநிலம்		பின்கோடு
தொலைபேசி எண்											கைபேசி எண்		
மின்னஞ்சல் முகவரி											மாற்று எண்		
PAN எண்													
ஆண்டு வருமானம் (ரூ)											சிகேஓய்.சி எண்		
தொழில்	சம்பளம் பெறுபவர்	சுயதொழில்	மாணவர்	இல்லத்தரசி	மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்								
பிரீமியம் செலுத்தியவர்											முன்மொழிபவருடனான உறவு		

சற்றுச்சுமூலப் பாதுகாக்கவும், காகிதத்தைச் சேமிக்கவும் நான் விரும்புகிறேன். எனவே, இந்த விண்ணப்பப் படிவத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மின்னஞ்சல் ID முகவரிக்கு அனைத்து பாலிசி மற்றும் சேவை தொடர்பான தகவல்தொடர்புகளையும் அனுப்ப நிறுவனத்திற்கு அதிகாரம் அளிக்கிறேன்.

அனைத்து விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளையும் நான் படித்து, புரிந்து, ஏற்றுக்கொண்டேன். மேலும் வரவேற்பு அழைப்புகள் / SMS, சேவை அழைப்புகள் / SMS அல்லது வேறு எந்த வணிகத் தொடர்புகளையும் வழங்க, நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் அல்லது அதன் முகவர்கள் மற்றும்/அல்லது மூன்றாம் தரப்புகள் / துணை நிறுவனங்கள் எனது பதிவு செய்யப்பட்ட தொலைபேசி எண்ணில் எனது 'DND' பதிவை மீறி SMS / மின்னஞ்சல் / தொலைபேசி / வாட்ஸ்அப் / பேஸ்புக் அல்லது வேறு எந்த வழிகளிலும் என்னை தொடர்பு கொள்ள இதன் மூலம் அதிகாரம் அளிக்கிறேன்.

உங்களுக்கு பாலிசி கிட்டின் அச்சிடப்பட்ட நகல் வேண்டுமா?

ஆம் இல்லை

நீங்களோ அல்லது முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாரேனும் பிஇபி# ஆக இருக்கிறீர்களா?

ஆம் இல்லை

#அரசியல் ரீதியாக வெளிப்படுத்தப்பட்ட நபர்கள் (PEP) என்பவர்கள் மத்திய அல்லது மாநில அரசுத் தலைவர்கள் / அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசு, நீதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள், முக்கிய கட்சி அதிகாரிகள் போன்ற முக்கிய பொதுப் பொறுப்புகளில் இருப்பவர்கள் அல்லது இருந்தவர்கள். (நீங்கள் PEP என்பதை டிக் செய்திருந்தால், தனி PEP கேள்வித்தாளை நிரப்பவும்)

வங்கி விவரங்கள்:

வங்கி பெயர்												
கணக்கு எண்											IFSC குறியீடு	
கணக்கு வகை	சேமிப்பு	நடப்பு	கிளை								நகரம்	

மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கின் விவரங்கள் (eIA)

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

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

ஆம் எனில், ஏற்கனவே உள்ள மின்-காப்பீட்டு கணக்கு என்னைப் பகிர்வும்.

இன்சூரன்ஸ் ரெப்போசிட்டரி பெயரைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் (நீங்கள் எந்த கணக்கில் திறந்தீர்கள்)

எம்/எஸ் என்எஸ்டிஎஸ் தரவுத்தளம் மேனேஜ்மென்ட் விமிடெட்	எம்/எஸ் சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெப்போசிட்டரி விமிடெட்
எம்/எஸ் கர்வி இன்சூரன்ஸ் ரெப்போசிட்டரி விமிடெட்	எம்/எஸ் சிஎஎஸ்எஸ் ரெப்போசிட்டரி விமிடெட் (ஏதேனும் ஒன்றை தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது
எனக்கு ஏற்கனவே மின்-காப்பீட்டு கணக்கு இல்லை, மேலும் நான் ஒரு புதிய மின்-காப்பீட்டு கணக்கை உருவாக்க ஆர்வமாக உள்ளேன் (தயவுசெய்து மின்னணு காப்பீட்டு கணக்கு திறக்கும் படிவத்தை (eIA படிவம்) தொடர்புடைய ஆவணங்களுடன் சமர்ப்பிக்கவும்).	

புதுப்பித்தல் கட்டணப் பதிவு:

உங்கள் சுகாதாரக் காப்பீட்டு பாலிசியின் புதுப்பித்தல் பிரீமியம் கட்டணத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் நிறுவனத்துடன் நீங்கள் தற்போதுள்ள தானியங்கி தீர்வ இல்லம் (ACH) / நிரந்தர அறிவுறுத்தல்கள் (SI) ஐத் தொடர்வதன் மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், எங்கள் பாலிசி உடனடியாக புதுப்பிக்கப்படலாம், ஆனால் நிறுவனத்தால் தேவைப்படும் அனைத்து கூடுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணத் தேவைகளையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்வதற்கு உட்பட்டது.

ACH/SI புதுப்பித்தல் விருப்பத்தைத் தேர்ந்தெடுத்து, அதே பாலிசியை அதே முறையில் புதுப்பிக்கும்போது பிரீமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடியைப் பெற விரும்புகிறேன்.

தேதி இடம் முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

2. காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பதாரர்களின் விவரங்கள்:

விண்ணப்பதாரர் 1

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): தானாக/துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்/ஊழியர்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 2

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 3

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 4

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 5

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

விண்ணப்பதாரர் 6

பெயர்

பாலினம்

ஆண்

பெண்

மற்றவை

உயரம்

(அடி)

(அங்குலம்)

எடை

(கிலோ)

கைபேசி எண்

பிறந்த தேதி

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

இந்தியர் இல்லை என்றால் குறியிடவும்

முன்மொழிபவருடனான உறவு (விருப்பத்தைக் டிக் செய்யவும்): துணைவர்/தந்தை/தாய்/மாமனார்/மாமியார்/மகன்/மகள்

பதிவு செய்யப்பட்ட மருத்துவ நிபுணராக* இருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

i. மருத்துவப் பதிவு எண்

ii. கவுன்சில் பெயர்

iii. பணியிட முகவரி

*பிரீமியத்தில் 5% தள்ளுபடி பெறவும். மருத்துவ நிபுணர் என்பது எந்தவொரு மாநில மருத்துவ கவுன்சில் அல்லது இந்திய மருத்துவ கவுன்சில் அல்லது இந்திய அரசு அல்லது மாநில அரசால் அமைக்கப்பட்ட இந்திய மருத்துவம் அல்லது ஹோமியோபதி கவுன்சிலில் இருந்து செல்லுபடியாகும் பதிவு வைத்திருக்கும் நபரைக் குறிக்கும். மேலும் அவர் தனது அதிகார வரம்பிற்குள் மருத்துவப் பயிற்சி செய்ய உரிமையுடையவர்; மேலும் தனது உரிமத்தின் நோக்கம் மற்றும் அதிகார வரம்பிற்குள் செயல்படுபவர்.

குறிப்புகள்: 1. விண்ணப்பதாரர் 1க்கும் முன்மொழிபவருக்கும் உள்ள உறவு பணியாளராக இருந்தால், மற்ற விண்ணப்பதாரர்களின் உறவு விண்ணப்பதாரர் 1 உடன் இருக்கும்.

3. பாதுகாப்பு தேர்வு

அடிப்படை கவரேஜ்

பாலிசி வகை#	தனிநபர்	ஃபேமிலி ஃப்ளோட்டர்	பல தனிநபர் நபர்கள்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்களின் எண்ணிக்கை	பெரியவர்கள்	குழந்தைகள்	
வகை	கிளாசிக்	செலக்ட்	எலைட் பிளாக்
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை	வரம்பற்ற	₹ 5,00,000	₹ 10,00,000
பாலிசி காலம்	1 ஆண்டு	2 ஆண்டுகள்	3 ஆண்டுகள் 4 ஆண்டுகள் 5 ஆண்டுகள்

விருப்ப காப்பீடு

1. கேஷ்-பேக்+	ஆம்	இல்லை
2. அடுக்குமுறை நெட்வொர்க் ⁽¹⁾	ஆம்	இல்லை
3.நிவா பூபா ஒன் ⁽²⁾	ஆம்	இல்லை
4. வருடாந்திர சுகாதாரப் பரிசோதனை ⁽³⁾ (பணமில்லா மட்டும்)	ஆம்	இல்லை
5. வருடாந்திர சுகாதாரப் பரிசோதனை ⁽²⁾ (பணமில்லா + திரும்பப்பெறல்)	ஆம்	இல்லை
6. ஹெட்ஸ்அப் ⁽¹⁾	ஆம்	இல்லை
7. மருத்துவமனை தினசரி ரொக்கம்	ஆம்	இல்லை
8. க்ளெய்ம் சேஃப்கார்டு+	ஆம்	இல்லை
9. மூன்றாவது மருத்துவக் கருத்து	ஆம்	இல்லை
10. இரண்டாவது மருத்துவக் கருத்து - எக்ஸ்பிரஸ்	ஆம்	இல்லை
11. மருத்துவ உபகரணங்கள்	ஆம்	இல்லை
12. பெரியவர்களுக்கான உணர்ச்சி நல்வாழ்வு	ஆம்	இல்லை
13. மன நல்வாழ்வு ஆலோசனை	ஆம்	இல்லை
14. பாலியல் சுகாதார நல்வாழ்வு	ஆம்	இல்லை
15. சுகாதார இடர் மதிப்பீடு	ஆம்	இல்லை
16. விபத்து பாதுகாப்பு	ஆம்	இல்லை
17. சுகாதார வலுச்சர்கள்	ஆம்	இல்லை
18. கருணைப் பயணம்	ஆம்	இல்லை
19. ஃபிளைட்-மோட்	ஆம்	இல்லை
20. தடுப்பூசி பாதுகாப்பு	ஆம்	இல்லை
21. ஓய்வூதிய பலன்	ஆம்	இல்லை
22. நவீன சிகிச்சைகள்+ (கிளாசிக் மற்றும் செலக்ட் திட்டங்களுக்கு)	ஆம்	இல்லை
23. ஏர் ஆம்புலன்ஸ்+ (கிளாசிக் மற்றும் செலக்ட் திட்டங்களுக்கு)	ஆம்	இல்லை
24. சார்புள்ளவர்களுக்கான தங்குமிடப் பலன்	ஆம்	இல்லை
25. சர்வதேச பாதுகாப்பு	ஆம்	₹ _____ இல்லை
26. தீவிர நோய்	ஆம்	₹ _____ இல்லை இல்லை
27. வெல்கன்சல்ட்+	1X	2X 3X 4X 5X இல்லை
28. எல்டர்ஒன்	வகை 1	வகை 2 வகை 3 வகை 4 இல்லை
29. ஏற்கனவே உள்ள நோய்க்கான காத்திருப்பு நேர மாற்றம்	12 மாதங்கள்	24 மாதங்கள் இல்லை
30. குறிப்பிட்ட நோய்க்கான காத்திருப்பு நேர மாற்றம்	12 மாதங்கள்	36 மாதங்கள் இல்லை
31. இணை-கட்டணம் ⁽³⁾	10%	20% 30% 40% 50% இல்லை
32. வருடாந்திர ஓட்டுமொத்த கழிவுத்தொகை ⁽³⁾	₹ 10,000	₹ 20,000 ₹ 30,000 ₹ 50,000 ₹ 1,00,000 ₹ 2,00,000 ₹ 3,00,000 ₹ 4,00,000 ₹ 5,00,000 இல்லை
33. மருத்துவமனையில் சேர்வதற்கு பிந்தைய மாற்றம்	30 நாட்கள்	60 நாட்கள் 90 நாட்கள் 270 நாட்கள் 365 நாட்கள்
34. மருத்துவமனையில் சேர்வதற்கு முந்தைய மாற்றம்	30 நாட்கள்	90 நாட்கள் 180 நாட்கள் இல்லை
35. ஆரம்ப காத்திருப்புக் கால மாற்றம்	7 நாட்கள்	10 நாட்கள் 15 நாட்கள் இல்லை
36. பெண்களுக்கான ஆரோக்கியம்	திட்டம் 1	திட்டம் 2 திட்டம் 3 திட்டம் 4 திட்டம் 5 திட்டம் 6 இல்லை

37. ஐகார்டு	திட்டம் 1 திட்டம் 2 திட்டம் 3 திட்டம் 4 திட்டம் 5 திட்டம் 6 திட்டம் 7 இல்லை
38. லைவ்-ஃபிட்	திட்டம் 1 திட்டம் 2 திட்டம் 3 திட்டம் 4 திட்டம் 5 திட்டம் 6 திட்டம் 7 திட்டம் 8 திட்டம் 9 திட்டம் 10 திட்டம் 11 திட்டம் 12 இல்லை
39. தனிப்பட்ட விபத்து ⁽⁵⁾ வரம்பற்ற அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பத்திற்கு: காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்கள்: ₹1 கோடி வரை, ₹5 லட்சம் பன்மடங்குகளில் PA தேர்வு செய்யப்பட்டது	ஆம்; ₹ _____ இல்லை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்களுக்கு ₹ லட்சம் & 10 லட்சம் (கீழே உள்ள விருப்பங்களிலிருந்து தேர்ந்தெடுக்கவும்) 1X 2X 3X 4X 5X விண்ணப்பதாரர் 1 விண்ணப்பதாரர் 2 விண்ணப்பதாரர் 3 விண்ணப்பதாரர் 4 விண்ணப்பதாரர் 5 விண்ணப்பதாரர் 6
40. தனிப்பட்ட விபத்து லைட் ⁽⁵⁾ வரம்பற்ற அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பத்திற்கு: காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்கள்: ₹1 கோடி வரை, ₹5 லட்சம் பன்மடங்குகளில் PA தேர்வு செய்யப்பட்டது	ஆம்; ₹ _____ இல்லை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்களுக்கு ₹ லட்சம் & 10 லட்சம் (கீழே உள்ள விருப்பங்களிலிருந்து தேர்ந்தெடுக்கவும்) 1X 2X 3X 4X 5X விண்ணப்பதாரர் 1 விண்ணப்பதாரர் 2 விண்ணப்பதாரர் 3 விண்ணப்பதாரர் 4 விண்ணப்பதாரர் 5 விண்ணப்பதாரர் 6
41. தனிப்பட்ட விபத்து புரோ ⁽⁵⁾ வரம்பற்ற அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பத்திற்கு: காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்கள்: ₹1 கோடி வரை, ₹5 லட்சம் பன்மடங்குகளில் PA தேர்வு செய்யப்பட்டது	ஆம்; ₹ _____ இல்லை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்களுக்கு ₹5 லட்சம் & 10 லட்சம் (கீழே உள்ள விருப்பங்களிலிருந்து தேர்ந்தெடுக்கவும்) 1X 2X 3X 4X 5X விண்ணப்பதாரர் 1 விண்ணப்பதாரர் 2 விண்ணப்பதாரர் 3 விண்ணப்பதாரர் 4 விண்ணப்பதாரர் 5 விண்ணப்பதாரர் 6
42. பார்டர்லெஸ் ⁽⁴⁾ காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்கள்: கிளாசிக்: NA; செலக்ட்: ₹10 லட்சம் வரை எலைட்: ₹50 லட்சம் வரை பிளாக்: ₹5 கோடி வரை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்களுக்கு - ₹5 லட்சம்; ₹5 லட்சம் மட்டும் - ₹10 லட்சம்: ₹5 லட்சம் அல்லது ₹10 லட்சம் கோ-பேமென்ட்	ஆம்; ₹ _____ இல்லை 0% 20% 30% 40% 50%
43. குறிப்பிட்ட நோய்களுக்கான பார்டர்லெஸ் ⁽⁴⁾ காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்கள்: கிளாசிக்: NA; செலக்ட்: ₹10 லட்சம் வரை எலைட்: ₹50 லட்சம் வரை பிளாக்: ₹5 கோடி வரை அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை விருப்பங்களுக்கு - ₹5 லட்சம்; ₹5 லட்சம் மட்டும் - ₹10 லட்சம்: ₹5 லட்சம் அல்லது ₹10 லட்சம் கோ-பேமென்ட்	ஆம்; ₹ _____ இல்லை 0% 20% 30% 40% 50%

#குடும்ப ஃபிளோட்டர் காப்பீட்டுத் தொகை அனைத்து காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினர்களுக்கும் பொதுவானது. ஃபிளோட்டர் என்பது தனித்தனியாகவோ அல்லது கூட்டாகவோ, அனைத்து காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினர்களும் இந்த வரம்பிற்குள் உரிமை கோரலாம் என்பதைக் குறிக்கிறது. (1) பாலிசியில் அடுக்குமுறை நெட்வொர்க் அல்லது ஹெட்ஸ்அப் பலனைத் தேர்வு செய்யலாம் (2) பாலிசியில் நிவாழ்பா ஒன் அல்லது வருடாந்திர சுகாதார பரிசோதனை பலனைத் தேர்வு செய்யலாம். (3) ஒரு பாலிசியில் இணைச் செலுத்தம் அல்லது வருடாந்திர ஒட்டுமொத்த சுழிவுத்தொகையைத் தேர்வு செய்யலாம் (4) ஒரு பாலிசியில் பார்டர்லெஸ் அல்லது குறிப்பிட்ட நோய்களுக்கான பார்டர்லெஸ் என்பதைத் தேர்வு செய்யலாம். (5) தனிப்பட்ட விபத்து அல்லது தனிப்பட்ட விபத்து லைட் அல்லது தனிப்பட்ட விபத்து புரோ ஆகியவற்றிலிருந்து ஒரு பலனை மட்டுமே தேர்வு செய்ய முடியும்.

4. மாற்றத்தக்கது				
பாலிசி எண்	காப்பீட்டு நிறுவனம்	பாலிசி தொடங்கும் தேதி	பாலிசி முடியும் தேதி	போர்ட் செய்வதற்கான காரணம்

எந்த முன்மொழியப்பட்ட காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபருக்காக மாற்றத்திற்கான கோரிக்கை விடுக்கப்படுகிறதோ அவரின்பெயர்	முதல் பாலிசி தொடங்கிய தேதி	போர்ட்டபிலிட்டி கோரப்படும் தொடர்ச்சியான காப்பீட்டின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	ஏற்கனவே உள்ள பாலிசிகளில் பெறப்பட்ட உரிமைகோரல்கள்	தற்போதைய உரிமைகோராத போனஸ்	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 1 (பழமையானது)	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 2	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 3	காப்பீட்டுத் தொகை - வருடம் 4 (காலாவதியாகும் பாலிசி)

5. நியமனம்

முன்மொழிபவரின் மரணம் ஏற்பட்டால், பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட வேண்டிய எந்தவொரு தொகையும் கீழே குறிப்பிடப்பட்ட வாரிசுதாரருக்கு செலுத்தப்படும். வாரிசுதாரரால் அத்தகைய பணம் பெறப்படுவது பாலிசியின் கீழ் நிறுவனத்தின் பொறுப்பை விடுவிப்பதாக அமையும்.

நியமனதாரர் பெயர்	பிறந்த தேதி	பிரேரணையாளருடனான உறவு	வாரிசுதாரரின் முகவரி, மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ID	நியமனதாரர் பெயர் (நியமனதாரருக்கு 18 வயதுக்கு குறைவாக இருந்தால்)

நியமனதாரரின் வங்கி விவரங்கள்: பயனாளி பெயர்:

வங்கி பெயர்

கணக்கு வகை

சேமிப்பு

நடப்பு

கணக்கு எண்

IFSC குறியீடு

6. மருத்துவ, பழக்கவழக்கங்கள் மற்றும் கடந்தகால முன்மொழிவுத் தகவல்

முக்கியம்: இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையாக மற்றும் முழுமையாக பதிலளிக்கப்பட்டுள்ளதா என்பதை உறுதிப்படுத்தவும், ஏனெனில் நீங்கள் இங்கு வழங்கும் தகவல்கள் நிவா பூபாவால் ஒப்புறுதி செய்வதற்கான அடிப்படையாக அமையும். எந்தவொரு முழுமையற்ற, தவறான, ஓரளவு சரியான தகவல்களும் உங்கள் மருத்துவ உரிமை கோருதலை மற்றும்/அல்லது காப்பீட்டை பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

பகுதி A: மருத்துவ நிலைகள் குறித்த தகவல்களைப் பகிரவும்												
விண்ணப்பதாரருக்கான பின்வரும் கேள்விகளுக்குப் பதிலளிக்கவும். ஆம் (Y) அல்லது இல்லை (N) என்பதை வட்டமிடுங்கள்.	விண்ணப்பதாரர் எண்											
	1	2	3	4	5	6						
சாதாரண சளி, காய்ச்சல், தொற்றுகள், சிறிய காயம் அல்லது பிற சிறிய நோய்கள் தவிர; விண்ணப்பதாரருக்கு எப்போதாவது ஏதேனும் நோய் கண்டறியப்பட்டதா மற்றும்/அல்லது 5 நாட்களுக்கு மேல் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டாரா மற்றும்/அல்லது ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை முறைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டாரா / அறிவுறுத்தப்பட்டாரா மற்றும்/அல்லது ஏதேனும் மருந்து எடுத்துக்கொண்டாரா / 14 நாட்களுக்கு மேல் ஏதேனும் அறிகுறிகள் இருந்ததா? மருந்து என்பது இன்ஹேலர்கள், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் உடல் பாகங்களில் வெளிப்புற மருத்துவப் பயன்பாடுகள் உட்பட, ஆனால் அவற்றுடன் மட்டும் அல்ல.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ii. விண்ணப்பதாரருக்கு தைராய்டு சுயவிவரம், லிப்பிட் சுயவிவரம், டிரெட்மில் சோதனை, ஆக்ஸியோகிராபி, எக்கோ கார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், CT ஸ்கேன், MRI, பயாப்ஸி மற்றும் FNAC தொடர்பான ஏதேனும் நோய் கண்டறியும் சோதனைகள் அல்லது ஆய்வுகளில் பாதகமான கண்டுபிடிப்புகள் எப்போதாவது இருந்ததா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iii. விண்ணப்பதாரருக்கு நீரிழிவு அல்லது முன்-நீரிழிவு உள்ளதா அல்லது அவருக்கு எப்போதாவது உயர் இரத்த சர்க்கரை இருந்ததா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iv. விண்ணப்பதாரருக்கு இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் உள்ளதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
v. விண்ணப்பதாரருக்கு ஏதேனும் மரபணு/ பரம்பரை கோளாறுகள் அல்லது HIV / AIDS கண்டறியப்பட்டதா அல்லது சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vi. விண்ணப்பதாரருக்கு மனநல/உளவியல் கோளாறுகள் ஏதேனும் கண்டறியப்பட்டதா அல்லது சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vii. விண்ணப்பதாரரின் ஆயுள், ஆரோக்கியம், மருத்துவமனை தினசரி ரொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீட்டிற்கான ஏதேனும் முன்மொழிவு எந்த காப்பீட்டு நிறுவனத்தாலும் நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, கூடுதல் கட்டணம் விதிக்கப்பட்டதா அல்லது விலக்குகள் போன்ற சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டதா?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

பகுதி B: (விண்ணப்பதாரர் புகைபிடித்தால் அல்லது புகையிலை / குட்கா / பான் மசாலா அல்லது மது அருந்தினால் மட்டுமே இந்த பகுதியை நிரப்பவும்)	i. மெல்லும் புகையிலை / குட்கா / பான் மசாலா. ஆம் எனில், ஒரு நாளைக்கு எத்தனை பவுச்சுகள் என்பதை குறிப்பிடவும்.		ii. மது. ஆம் எனில், வாரத்திற்கு எத்தனை மில்லி என்று குறிப்பிடவும்			iii. சிகரெட் / பீடி / சுருட்டு. ஆம் எனில், ஒரு நாளைக்கு எவ்வளவு பிடிப்பீர்கள் என்று குறிப்பிடவும்	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	தினசரி குடிப்பழக்கம் உள்ளவர்	1-10	> 10
விண்ணப்பதாரர் 1							
விண்ணப்பதாரர் 2							
விண்ணப்பதாரர் 3							
விண்ணப்பதாரர் 4							
விண்ணப்பதாரர் 5							
விண்ணப்பதாரர் 6							

பிரிவு C: மேலே உள்ள பிரிவில் ஆம் (Y) என்று குறிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு, பின்வரும் தகவலைக் குறிப்பிடவும்:												
விண்ணப்பதாரர் எண்	அறிகுறி(கள்) அல்லது விசாரணை(கள்) அல்லது நோயறிதல் அல்லது மேற்கொள்ளப்பட்ட செயல்முறை / அறுவை சிகிச்சை பற்றிய விவரங்கள்					நிலையின் காலம்	மருந்து(கள்)		அளவு	தற்போதைய நிலை (எ.கா. முழுமையான/பாதி குணமடைந்த அல்லது சிகிச்சை பெற்றுக் கொண்டிருத்தல்)	சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் தொடர்பு விவரங்கள்	ஆவணங்கள் இணைக்கப் பட்டுள்ளதா (ஆம்/இல்லை)
	நீரிழிவு நோய் இருந்தால் HbA1c அளவு	உயர் இரத்த அழுத்தம் இருந்தால் BP அளவு		வேறு ஏதேனும் விவரங்கள்	துவக்க தேதி (DD/ MM/ YYYY)							
		மேல் இரத்த அழுத்தம் (சிஸ்டோலிக்)	கீழ் இரத்த அழுத்தம் (டையஸ்டோலிக்)									

7. அறிவிப்பு (விண்ணப்பப் படிவத்தில் கையெழுத்திடுவதற்கு முன் ஒவ்வொன்றையும் கவனமாகப் படித்து, சரிபார்ப்பு குறியிடுங்கள்)

- நான், எனது சார்பாகவும், காப்பீடு செய்யப்பட முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், மேலே உள்ள அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும்/அல்லது என்னால் வழங்கப்பட்ட விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டிய வரையில் அனைத்து வகையிலும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிய எனக்கு அதிகாரம் உள்ளது என்றும் இதன் மூலம் அறிவிக்கிறேன்.
- நான் வழங்கிய தகவல்கள் காப்பீட்டுப் பாலிசியின் அடிப்படையாக அமையும் என்பதையும், இது காப்பீட்டாளரின் வாரியத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஒப்புறுதி பாலிசிக்கு உட்பட்டது என்பதையும், செலுத்த வேண்டிய பிரிமியம் முழுமையாகச் செலுத்தப்பட்ட பின்னரே பாலிசி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் இடர் ஏற்றுக்கொள்ளல் தகவல் தெரிவிக்கப்படுவதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் எந்த மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாகத் தெரிவிப்பேன் என்று நான் மேலும் அறிவிக்கிறேன்.
- காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவருக்கு எந்த நேரத்திலும் சிகிச்சை அளித்த எந்த மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தைப் பாதிக்கும் எந்த விஷயங்கள் குறித்தும், கடந்தகால அல்லது தற்போதைய எந்தவொரு முதலாளியிடமிருந்தும் மருத்துவ தகவல்களை நிறுவனம் பெற நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன், மேலும் முன்மொழிவை ஒப்புறுதி செய்வதற்காக மற்றும்/அல்லது உரிமை கோருதல்களைத் தீர்ப்பதற்காக காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர் / முன்மொழிபவர் மீது காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட எந்தவொரு காப்பீட்டாளரிடமிருந்தும் தகவல்களைப் பெற நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன் என்று நான் அறிவிக்கிறேன்.
- எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை, காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவப் பதிவுகள் உட்பட, முன்மொழிவை ஒப்புறுதி செய்வதற்காக மற்றும்/அல்லது உரிமை கோருதல்களைத் தீர்ப்பதற்காகவும், எந்தவொரு அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்துடனும் பகிர்ந்து கொள்ள நிறுவனத்திற்கு நான் அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.
- நிறுவனம் எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை, காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழிபவரின் மருத்துவப் பதிவுகள் உட்பட, சேவை வழங்குவதற்காக எங்கள் பட்டியலிடப்பட்ட வழங்குநர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் அங்கீகரிக்கிறோம்.

தேதி

DDMMYYYY

இடம்

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

8. வட்டார மொழி அறிவிப்பு

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

சான்றளிக்கும் நபரின் பெயர்:

சான்றளிக்கும் நபரின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் மொபைல் எண்:

சாட்சியின் பெயர்

சாட்சியின் கையொப்பம்

சாட்சியின் மொபைல் எண்:

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

9. முன்மொழிபவர் அறிவிப்பு

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

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்

10. பிரிமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரிமியம் செலுத்தும் விருப்பம்	☐	காசோலை	☐	வரைவோலை	☐	கடன் அட்டை / டெபிட் அட்டை	☐	நெட் பேங்கிங்	☐	ரொக்கம்	☐	மற்றவைகள்
பிரிமிய தொகை				ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ID:						தேதி		
வங்கி பெயர்/கிளை				நிவா பூபா கிளை அமைவிடம்								
குறியீடு எண்.				வணிகம் பெறப்பட்ட மூலம்: ஆலோசகர்/DST/கார்ப்பரேட் ஏஜென்சி/பிற சேனல்கள்								
குறியீடு எண்												
பெயர்												
முன்மொழிவு பெறப்பட்டது:				வாடிக்கையாளர் ID:								
முன்மொழிபவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஊழியரா?	☐	ஆம்	☐	இல்லை								

11. பேங்க்ஸ்ஸுரன்ஸ் சேனலுக்கான கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

கிளை குறியீடு		SP குறியீடு		RM/LG குறியீடு	
C வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண்					

12. காப்பீட்டு ஆலோசகரின் அறிக்கை (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

நான், ஒரு காப்பீட்டு ஆலோசகர் / கார்ப்பரேட் முகவரின் குறிப்பிட்ட நபர் / தரகரின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பணியாளர் / உறவு அதிகாரியாக, இந்த விண்ணப்பப் படிவத்தின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும், இந்த விண்ணப்பப் படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மையையும், முன்மொழிபவருக்கு விளக்கினேன் என்பதை இதன் மூலம் அறிவிக்கிறேன். இந்த விண்ணப்பப் படிவத்தில் அவர் சமர்ப்பித்த அறிக்கை(கள்), தகவல் மற்றும் பதில்கள் அல்லது இதில் கோரப்பட்டுள்ள எந்த விவரங்களும், நிறுவனம் பாலிசியை வெளியிடுவதற்காக இந்த முன்மொழிவை ஏற்றுக்கொண்டால், நிறுவனம் மற்றும் முன்மொழிபவர் இடையேயான காப்பீட்டு ஒப்பந்தத்தின் அடிப்படையாக அமையும்.

இந்த விண்ணப்பப் படிவத்தில் / கூடுதல் ஆவணங்கள், பிரமாணப் பத்திரங்கள், அறிக்கைகள், சமர்ப்பிப்புகள் (வழங்கப்பட்டவை / வழங்கப்பட வேண்டியவை) உட்பட ஏதேனும் உண்மைக்குப் புறம்பான அறிக்கை(கள்) / தகவல் / பதில்கள் இருந்தால், மேலும் ஏதேனும் முக்கியமான உண்மை மறைக்கப்பட்டிருந்தால், இந்த முன்மொழிவின் அடிப்படையில் அவருக்கு வழங்கப்பட்ட பாலிசியை நிறுவனம் செல்லாததாகக் கருதலாம், மேலும் பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பிரிமியங்களும் நிறுவனத்திற்கு பறிமுதல் செய்யப்படலாம் என்பதையும் நான் மேலும் விளக்கினேன்.

தேதி

காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்

13. சட்டரீதியான எச்சரிக்கை

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

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

14. கிராமப்புற மற்றும் சமூக துறை வகை (பொருந்தினால்):

ASHA தொழிலாளி

MGNREGA தொழிலாளி

[illegible]

16. திருப்பிச் செலுத்துதல் மற்றும் உரிமை கோருதல்களைச் செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறும் விருப்பம்: வங்கிப் பரிமாற்றம்

[]

பயனாளியின் பெயர்

வங்கி பெயர்

கணக்கு எண்

IFSC குறியீடு

[illegible]

கணக்கு வகை

[illegible]

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1, புது டெல்லி-110024.

[illegible]

நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்; பதிவு அலுவலகம்: C-98, முதல் தளம், லஜ்பத் நகர், பகுதி 1, புது டெல்லி-110024. பொறுப்பு துறப்பு: காப்பீடு என்பது வேண்டுகோளுக்கு உட்பட்டது. நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (IRDAI பதிவு எண்: 145) 'பூபா' மற்றும் 'ஹார்ட்லீட்' லோகோ ஆகியவை அந்தந்த உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் ஆகும், மேலும் நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் உரிமத்தின் கீழ் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் உதவி எண்: 1860-500-8888. இணையதளம்: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விலக்குகள், இடர் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் மற்றும் பலன்கள் பற்றிய கூடுதல் விவரங்களுக்கு, விற்பனையை முடிப்பதற்கு முன் விற்பனை சிற்றேட்டை கவனமாகப் படிக்கவும்.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

நிறுவனத்தின் ஒப்புதல்

விண்ணப்ப எண்.

தேதி

உங்களின் விண்ணப்பத்தையும், செக்/டிமாண்டு டிராப்ட்/மற்றவை _____ மூலமாக ரூ. _____ தொகையையும், _____ தேதியிட்ட, _____-ல் பெறப்பட்டதை நன்றியுடன் உறுதிப்படுத்துகிறோம். காப்பீட்டிற்கான முழுமையான விண்ணப்பத்தை நீங்கள் எங்களுக்குச் சமர்ப்பிப்பதோ அல்லது பாலிசியை வெளியிடுவதற்கான எந்தவொரு பணம் செலுத்துவதோ ஒரு பாலிசியை வழங்க நாங்கள் ஒப்புக்கொள்ள வேண்டும் என்று எங்களைக் கட்டாயப்படுத்தாது, அந்த முடிவு எங்கள் முழு மற்றும் தனிப்பட்ட விருப்பத்திற்கு உட்பட்டது. காப்பீட்டிற்கான ஒரு விண்ணப்பத்தை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது, மேலும் பிரீமியம் எங்களால் முழுமையாகவும் உரிய நேரத்திலும் பெறப்படாவிட்டால் அல்லது வசூலிக்கப்படாவிட்டால் எங்களுக்கு எந்தப் பொறுப்பும் இல்லை. நாங்கள் விண்ணப்பத்தை ஏற்றுக்கொள்ளவில்லை என்றால், நாங்கள் உங்களுக்குத் தெரிவிப்போம் மற்றும் உங்களால் பெறப்பட்ட மருத்துவப் பரிசோதனைச் செலவுகள் (ஏதேனும் இருந்தால்) கழித்த பிறகு, வட்டி இல்லாமல் தொகையைத் திருப்பிச் செலுத்துவோம்.

பெறுபவரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526