niva Bupa
Health Insurance

சரல் சுரக்ஷா பீமா, நிவா பூபா ஹெல்த்

இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் - முன்மொழிவு படிவம்

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:

பெயர் | F | நான் | R | S | T | | N | ஒரு | M | மற்றும் | | | M | நான் | D | D | L | மற்றும் | | N | ஒரு | M | மற்றும் | | | L | ஒரு | S | T | | N | ஒரு | M | மற்றும்

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினத்தவர் பிறந்த நாள் D D M M மற்றும் மற்றும் மற்றும் மற்றும்

முகவரி

வேண்டாமாக் நகரம்

மாவட்டம் நிலை

அஞ்சல் குறியீடு மின்னஞ்சல் முகவரி

நகர்பேசி. கணக்கு எண்

பான் எண் குடியுரிமை

தொழில்: ☐ சம்பளம் பெறுபவர் ☐ சுயதொழில் ☐ மாணவர் ☐ இல்லாள் ☐ மற்றவை, _____ குறிப்பிடவும்

ஆண்டு வருமானம் (ரூபா)_____ CKYC எண் (விரும்பினால்): _____

உங்களுக்கு பாலிசிப் பெட்டியின் பிசிக்கல் நகல் வேண்டுமா ஆம் ☐ இல்லை ☐

☐ குழந்தைகளுக்காக பூமியை பாதுகாக்க என்னால் முடிந்த அனைத்தையும் செய்வேன். நான் பச்சை நிறத்தில் செல்வேன். எனக்கு சாகப்ட் காப்பி மட்டும் அனுப்புங்க. கண்டிப்பாக எந்த காகிதமும் தயவு செய்து

☐ இந்தக் கொள்கையை EIAவில் வரவு வைக்க விரும்புகிறேன்.

தற்போதுள்ள இ-இன்சூரன்ஸ் கணக்கு எண் _____ காப்பீட்டு களஞ்சியத்தின் பெயர் (நீங்கள் உங்கள் கணக்கைத் தொடங்கியுள்ளீர்கள்)

1. M/s. NSDL டேட்டாபேஸ் மேனேஜ்மெண்ட் லிமிடெட்
2. M/s. சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்
3. M/s. கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபாசிட்டரி லிமிடெட்
4. M/s. CAMS Repository Services Limited (தயவுசெய்து ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது

☐ உங்களுக்காக eIA கணக்கைத் திறக்க நாங்கள் உதவ விரும்பினால், தயவுசெய்து விவரங்களை நொடி 9, NEFT & வங்கி விவரங்களில் நிரப்பவும் அல்லது

☐ என்னிடம் eIA இல்லை மற்றும் ஒன்றைத் திறக்க விரும்பவில்லை

☐ நிவா பூபா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் அல்லது அதன் முகவர்கள் மற்றும் / அல்லது மூன்றாம் தரப்பு (கள்) / துணை நிறுவனங்கள் எஸ்எம்எஸ் / மின்னஞ்சல் / தொலைபேசி / வாட்ஸ்அப் / பேஸ்புக் அல்லது எனது பதிவு செய்யப்பட்ட தொலைபேசி எண்ணில் வேறு எந்த முறைகளிலும் என்னை தொடர்பு கொள்ள அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

நீங்களோ அல்லது முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாராவது அரசியல் ரீதியாக அம்பலப்படுத்தப்பட்ட நபரா (PEP) ஆம் ☐ இல்லை ☐

#PEP என்பவர் 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 ஒருவர். (நீங்கள் PEP க்கு எதிராக டிக் செய்திருந்தால், தயவுசெய்து தனி PEP கேள்வித்தாளை நிரப்பவும்)

2- விண்ணப்பதாரர்கள் விவரம் & தேர்வு விவரம்:

விண்ணப்பதாரர் எண்	பெயர்	பால்நிலை (ஆண் / பெண் / மற்றவை)	உயரம் (அடி & இன்ச்.)	எடை (கிலோ)	பிறந்த தேதி (dd/mm/yyyy)	மொபைல் எண்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை தனிநபர்
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- கவரேஜ் தேர்வு:

அடிப்படை கவரேஜ்:	
கொள்கை வகை:	☐ நபர்
காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	Adults_____ குழந்தைகள்_____
இறப்பு (அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை)	
நிரந்தர மொத்த இயலாமை (PTD)	அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை வரை
நிரந்தர பகுதி இயலாமை (PPD)	அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை வரை
பாலிசி காலம்:	☐ 1 வருடம்

விருப்ப கவரேஜ்:	
தற்காலிக மொத்த இயலாமை (TTD)	☐ ஆம் ☐ இல்லை
விபத்து காரணமாக மருத்துவமனை செலவுகள்	☐ ஆம் ☐ இல்லை
கல்வி மானியம்	☐ ஆம் ☐ இல்லை

4- வேட்புமனு:

முன்மொழிபவர் இறந்துவிட்டால், கோரிக்கை நியமனதாரருக்கு வழங்கப்படும். மற்ற காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர்களுக்கு, முன்மொழிபவர் நியமனதாரர். நியமனதாரருக்கு பணம் செலுத்துவது நிறுவனத்தின் முழு பொறுப்பையும் 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

5- மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடந்த கால முன்மொழிவு தகவல்:

காப்பீடு செய்ய உத்தேசிக்கப்பட்ட நபர்களில் எவரைப் பொறுத்தவரையிலும்:	உறுப்பினர் 1	உறுப்பினர் 2	உறுப்பினர் 3	உறுப்பினர் 4	உறுப்பினர் 5	உறுப்பினர் 6
நீங்கள் நல்ல ஆரோக்கியத்துடன் இருக்கிறீர்களா மற்றும்/அல்லது பிறந்ததிலிருந்து அல்லது அதற்குப் பிறகு ஏதேனும் மன/உடல் குறைபாடு மற்றும்/அல்லது குறைபாடு மற்றும்/அல்லது இயலாமையால் பாதிக்கப்படுகிறீர்களா?	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐ ஆம் ☐ இல்லை

6- கூற்று:

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 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 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 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.

முன்மொழிபவர் வட்டார மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால்: இந்த படிவத்தின் உள்ளடக்கம் என்னால் விளக்கப்பட்டுள்ளது, _____ சான்றுப்படுத்தும் நபரின் பெயர்

மொழியில் _____, அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்திய _____ சாட்சியின் முன்மொழிபவர் முன்னிலையில்.

சாட்சி நிறுவனத்தின் முகவர் / ஊழியர் அல்லாத வேறு யாராவது இருக்க வேண்டும்.

Dated_____ இடம்_____ Proposer_____ கையொப்பம்

சான்றளிக்கும் Person_____ கையொப்பம் சான்றளிக்கும் நபரின் மொபைல் எண் _____

Witness_____ கையொப்பம் சாட்சியின் கைபேசி எண் _____

7- முன்மொழிபவர் & ஆலோசகரால் படிவம் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு பிரகடனம்:

ஏதேனும் காரணத்திற்காக, முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு. முன்மொழிவு

படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன, மேலும் அனைத்து அம்சங்களையும் தாக்கங்களையும் நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின்

கீழ் _____ ஆல் நிரப்பப்படுகிறது, மேலும் அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை & முழுமையானவை என்று

நான் கண்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம் _____

ஆலோசகர் அறிவிப்பு: ias a Insurance Advisor / Corporate Agent இன் குறிப்பிடப்பட்ட நபர் / தரகர் /

உறவு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பணியாளர், இந்த தயாரிப்பு / முன்மொழிவின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்பதை இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்

காப்பீட்டின் கையொப்பம் Advisor_____ இடைத்தரகர் குறியீடு: _____

8- பிரீமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

பிரீமியம் செலுத்தும் விருப்பம் ☐ காசோலை ☐ கேட்பு வரைவோலை ☐ கிரெடிட்கார்டு/டெபிட்கார்டு ☐ நெட்பேங்கிங் ☐ பணம் ☐ மற்றவர்கள்

பிரீமியம் amount_____ செலுத்தப்பட்ட பிரீமியம் by_____

proposer_____ உடனான உறவு ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ஐடி: _____

தேதி: __/__/____ வங்கியின் பெயர் / கிளை _____

நிவா பூபா கிளை இருப்பிடம் _____ குறியீடு No_____ வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / DST / கார்ப்பரேட்

முகமை/ பிற சேனல்கள் குறியீடு No_____ பெயர்_____

முன்மொழிவு பெறப்பட்ட நாள்:_____ வாடிக்கையாளர் ID:_____ முன்மொழிபவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

9- NEFT & வங்கி விவரங்கள்:

அனைத்து பணம்செலுத்தல்களும் (பிரீமியம் திரும்பப்பெறுதல், கோரல்கள் போன்றவை) உங்கள் கணக்கில் மட்டுமே மின்னணு முறையில் செய்யப்படும். பின்வரும் விவரங்களை வழங்கவும்

வங்கியின் பெயர் _____ கிளை_____ நகரம்_____

கணக்கு எண் _____ IFSC Code _____ கணக்கு வகை ☐ சேமிப்பு ☐ நடப்பிலுள்ள

10- புதுப்பித்தல்:

புதுப்பித்தல் கட்டண

பதிவு: உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாலிசியின் புதுப்பித்தல் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் செலுத்துவது உங்கள் தற்போதைய தானியங்கி கிளியரிங் ஹவுஸ்

(ACH) / நிலையான அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நிறுவனத்துடன் தொடர்வதன் மூலம் செய்யப்படலாம். 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.

Dated_____ இடம்_____ Proposer_____ கையொப்பம்

11- BANCASSURANCE சேனலுக்கு மட்டும் கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

கிளை குறியீடு _____ SP குறியீடு _____ RM/LG குறியீடு _____

வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண் _____

12- 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 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
2. இந்தப் பிரிவின் விதிகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

13. ABHA ஐடி

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?	ABHA ஐடி	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர்கள்/TPAக்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ள ஒப்புதல்
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை
_____	☐ ஆம் ☐ இல்லை	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ஆம் ☐ இல்லை

14- பணத்தைத் திரும்பப் பெறுதல் மற்றும் உரிமைகோரல்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்: ☐ வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்:_____

வங்கியின் பெயர்: _____ IFSC: _____

கணக்கு எண்: _____

கணக்கு வகை: _____

15- நிறுவனத்தின் ஒப்புதல்:

விண்ணப்ப எண். _____ தேதி__/__/____

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகை பெறப்பட்டதற்கு நன்றியுடன் தெரிவிக்கிறோம் மற்றும் தொகையை காசோலை / கேட்பு வரைவோலை /

Others_____of தொகை ரூ. _____ தேதியிட்ட _____ _____ அன்று வரையப்பட்டது

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.

பெறுநர் மற்றும் அலுவலக seal_____ பெயர் மற்றும் கையொப்பம்