



அரசர் தொடர்பு

பெயர்:

எலக்ட்ரானிக் தொடர்பு எண்:  மொனபல் எண்:

விற்பனை அம்சம்:  1% (செலுக்கு தீர்வு)  20%  30%  40%

வருடாநீர் மொத்த விலக்கு (கழிக்கக்கூடிய தொகை அடிப்படையில் காப்பீட்டுத் தொகையில் 1% ஆக இருக்கும்):  ஆம்  இல்லை

துணை தீர்வு(கள்):  பாகுபாடு  ஆம்  இல்லை

3. பெயர்வந்திறன்

பாதிநி எண்	காப்பீட்டு நிறுவனம்	இடம் தொடக்க தேதி	ஆபத்து முடிவு தேதி	பொருட்டில் செயல்திறனை காண்புகள்				
பொருட்டில் செயல்திறனை காண்புகள் உட்கொள்ளப்பட்டபின்னர் பெயர்	முதல் பாதிநி தொடக்க தேதி	பெயர்வந்திறன் கோரப்பட்ட தொடர்ச்சியான காப்பீட்டின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	கட்டத்த கால பாதிநிகளில் உரிமைகொள்கைகள்	தற்போதைய நோயினால் உபநாசம்	காப்பீட்டுத் தொகை - ஆண்டு 1 (பொதுப்படி)	காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட தொகை - ஆண்டு 2	காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட தொகை - ஆண்டு 3	காப்பீட்டுத் தொகை - ஆண்டு 4 (காலாவதியாகும் பாதிநி)

4. நியமனம்

முன்மொழிவுகள் இறுதிவீட்டில், கோரிக்கை நியமனதாரருக்கு வழங்கப்படும். மற்ற காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட நபர்களுக்கு, முன்மொழிவுகள் நியமனதாரர், நியமனதாரருக்கு பணம் செலுத்துவது நிறுவனத்தின் முழு பொறுப்பையும் நிறைவேற்றுவதாகும்.

நாமினீர் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிவுகளுடனான உறவு	நாமினீயின் முகவரி, மொனபல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் முகவரி	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர்) 18 வயதுக்கு குறைவாக இருக்கக்கூடாது

நாமினீயின் வங்கி விவரங்கள்:  : பயனாளியின் பெயர்:

வங்கியின் பெயர்:  கணக்கு வகை:  சேமிப்பு  கர்பரேட்

கணக்கு எண்:  IFSC குறியீடு:

5. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கட்டத்த கால முன்மொழிவு தகவல்

பிரிவு A: காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட எந்தவொரு நபரையும் பொறுத்தவரையிலும்:	விண்ணப்பதாரர் 1	விண்ணப்பதாரர் 2
ஆயுள் காப்பீட்டு, உடல்நலம், மருத்துவமனை தினசரி நொக்கம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீட்டு ஆகியவற்றுக்கான விண்ணப்பம் ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தால் எப்போதாவது நிராகரிக்கப்பட்டதா, ஒத்திவைக்கப்பட்டதா, ஏற்றுபட்டதா அல்லது ஏதேனும் சிறப்பு நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டதா?	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
பிரிவு B: காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபரின் பாரதவாச எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளனா:	விண்ணப்பதாரர் 1	விண்ணப்பதாரர் 2
நாள்: மாறாடபடி, இது செயலிழப்பு, இலகிமிசு இது நோய் அல்லது கரணை இது நோய், ஆக்சிஜன் மூன்ற இது நோய்கள்	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
இரண்டகம், எந்த உறுப்பு புற்றுநோய், லூகேமியா, மீம்போம், சர்கோமா	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
இ: முகவிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிறுநீரகம், கல்லீரல், இதயம், துரையீரல் போன்றவை)	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
4. பக்கவாதம், உள்செயலிழப்பு, மூளைக் கட்டி, அல்லது ஏதேனும் நரம்பியல் நோய்	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
v. துரையீரல் உட்பெரிசை, துரையீரலின் சரிவு அல்லது இடைநிலை துரையீரல் நோய் (பு.எ.டி)	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
நா. பெறுபட்டது 15 அல்லது 16 நாள் கட்டி, நாள் கட்டி கல்லீரல் நோய், கிரேன் நோய், அல்செர்ஷஸ் பெருங்குடல் அழற்சி	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
ஏழா. இரும்புச்சத்து குறைபாடு இந்த சோதனை தவிர வேறு எந்த இந்த சோதனையும்	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
ஏ. எப்போதாவது 5 நாட்களுக்கும் மேலாக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
ஒ. எ. எப்போதாவது தொடர்ந்து 10 நாட்களுக்கு மேல் ஏதேனும் மருத்துவமனை எடுக்கக்கொண்டீர்களா? மருத்துவமனை இன்ஜெனர்கள், ஊழியர், வாய்வு மருத்துவம் மற்றும் உடல் பாகங்களின் மீது வெளியிடும் மருத்துவ பயன்பாடுகள் ஆகியவை அடங்கும் ஆனால் அவை மட்டுமே அல்ல.	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>
x. பரிந்துரைக்கப்பட்ட எந்தவொரு சிகிச்சை, அறுவை சிகிச்சை அல்லது மருத்துவ சிகிச்சைக்காகவும் காத்திருக்கிறது	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>	ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/>

11. கடந்த காலத்தில் ஏற்பட்ட நோய்கள் குணமடைந்ததா இல்லையா என்பதற்கு ஏதேனும் காலமுறை / வழக்கமான தொடர் கண்காணிப்பின் மீது பின்பு தொடர்பில் உள்ள அல்லவோ ஆலோசனைகள், விசாரணைகள் போன்றவை	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xii. தற்போது உள் அல்லது கடத்தல் நோய்களில் இருந்து பிரச்சனைகளுக்கு மருத்துவரீடம் ஏதேனும் ஆலோசனை பெற்றிருக்கா அல்லது ஏதேனும் பரிசோதனைகள் செய்ய அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கா?	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xiii. நீரிழிவு (உயர் இரத்த சர்க்கரை), நீரிழிவுக்கு முந்திய நிலை, உயர் அல்லது குறைந்த இரத்த அழுத்தம், மார்பு வலி அல்லது ஏதேனும் இதய நோய் அல்லது கைராய்டு நோய், ஆல்சுலர், மூச்சுக்குழாய் அழற்சி	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xiv. பெற்றோருக்கு ஏதேனும் பரம்பரை அல்லது மரபணு நிலை உள்ளதா? அவர்களில் யாராவது ஒரு நேரியர் மாநிலமாக இருந்தாலும் கூட குறிப்பிடவும் அதாவது நோய் இல்லாத ஆனால் ஒரு நேரியராக இருந்திருந்தால்	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xv. பித்தப்பை, சிறுநீரகம், சிறுநீர்ப்பை, சிறுநீர்க்குழாய் போன்ற நெட உறுப்பினும் கால்சூலம் (கல்) கொண்டு இருந்தால்.	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xvi. கட்டி (வீக்கம்) - இங்கு அல்லது வீரியம் மீக்க, உடலில் எங்காவது வெளிப்பாடு புண் / வளர்சி / நீர்க்கட்டி / நீற்று?	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xvii. ச. சூ. வி / எம். எஸ், இரத்த நோய்கள், தலிமியா, ஹீமோபிஸிடி அல்லது வேறு ஏதேனும் இரத்தம் தொடர்பான பிரச்சினைகள்.	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xviii. மனநலம் / மன நோய்கள் அல்லது தூக்கக் கோளாறு?	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xix. மெய் விவரிக்கப்பட்டதா ஏதேனும் உடல்நல நிலை, நோய், அறிவுறுத்தல் அல்லது உடல்நலம் தொடர்பான தகவல். இந்த கேள்விகளை பதில் யாருக்காவது ஆம் எனில், அதைத்து மருத்துவ ஆலோசனைகளையும் வழங்கவும்	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
xx. புகைபிடித்தல் அல்லது புகையிலை / குடகா / பாள் மசாலா அல்லது ஆகக்ஷாஸ் உட்கொள்ளுமா? ஆம் என்றால், பின்வருவனவற்றிற்கு பதிலளிக்கவும்:	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
i. விண்ணப்பதாரர் எப்போது புகைபிடிக்க / புகையிலை உட்கொள்ள ஆரம்பித்தார்? a) பள்ளி b) 10 + 2 c) கல்லூரி d) வேலை செய்யத் தொடங்கிய பிறகு e) பின்னர்				
ii. விண்ணப்பதாரர் மது அருந்தி எத்தனை ஆண்டுகள் ஆகியிருக்கின்றன?				
iii. விண்ணப்பதாரர் வாரத்தில் எத்தனை நாட்கள் மது அருந்துகிறார்? (1/2/3/4/5/6/7)				

**6. பிரகடனம்** (முன்மொழிவு படிவத்தில் எகவெயாப்பயிடுவதற்கு முன் கவனமாக படித்து ஒப்பிட்டுவதற்கு ஏற்றாக ஒரு காசொலை அடையாளத்தை வைக்கவும்)

\_\_\_\_\_ என சார்பாகவும், காப்பீட்டு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், என்னும் வழங்கப்பட்ட மெய்க்கட அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும் / அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை எல்லா வகையிலும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், இந்த மன்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிவு எனக்கு அதிகாரம் உள்ளது என்றும் இத்தமூலம் அறிவிக்கிறேன்.

\_\_\_\_\_ என்னும் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாதிப்பின் அடிப்படையாக உருவாகும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துமுதி பாதிப்புகள் உட்பட்டும் மற்றும் விதிக்கப்பட்ட பிரிப்பித்த முழுமையாக செலுத்திய பிறகே பாதிப்பி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

\_\_\_\_\_ முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் அடித்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதைத் தெரிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய / முன்மொழியுபவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் நெடொரு மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று மெயும் அறிவிக்கிறேன்.

\_\_\_\_\_ காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழியுபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி நெட ஒரு மருத்துவ அல்லது மருத்துவமனை மீட்டும் அல்லது காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபரின்/முன்மொழியுபவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எதையும் பற்றி நெடொரு கடத்தலாக அல்லது தற்போதைய பணியாளரிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கொடுவதற்கும், காப்பீட்டு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழியுபவர் மீதான காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட நெடொரு காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்தும் தகவல்களைக் கொடுவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்பதை அறிவிக்கிறேன் முன்மொழியும் மற்றும் / அல்லது உரிமையாளர்/நபர்களுக்கு உத்தரவாகும் அளிகளும் நோக்கத்திற்காக.

\_\_\_\_\_ முன்மொழியும் மற்றும்/அல்லது உரிமையாளர் நீரிழிவுத் உத்தரவாகும் அளிகளும் ஒரே நோக்கத்திற்காக காப்பீட்டு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியுபவரின் மருத்துவ பதில்கள் உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எத்தொரு அருக மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆலோசனைகளையும் பரிந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

\_\_\_\_\_ காப்பீட்டு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியுபவரின் மருத்துவ பதில்கள் உட்பட்ட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் எம்.என்.எம். செய்யப்பட்ட வழங்குநருடன் சேவை வழங்குவதற்கான ஒரே நோக்கத்திற்காக பரிந்து கொள்ள நான் / நங்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறோம்.

\_\_\_\_\_ முன்மொழியுபவர் வட்டார மொழியில் எகவெயாப்பயிடுவதற்கும் இந்த படிவத்தின் உள்ளடக்கம் என்னும் விளக்கப்பட்டது. \_\_\_\_\_ இல், முன்மொழியுபவருக்கு \_\_\_\_\_ முன்னிலையில், அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார். சாட்சி நிறுவனத்தின் முகவர் / பணியாளர் அவ்வாறு வேறு யாராவது இருக்க வேண்டும்.

தேதி \_\_\_\_\_ இடம் \_\_\_\_\_ முன்மொழியுபவரின் எகவெயாப்பம் \_\_\_\_\_

சான்றளிக்கும் நபரின் எகவெயாப்பம்: \_\_\_\_\_ சாட்சியின் எகவெயாப்பம் \_\_\_\_\_

சான்றளிக்கும் நபரின் மொகஸஸ் \_\_\_\_\_ சாட்சியின் அலைபேசி \_\_\_\_\_

எண்: \_\_\_\_\_ எண்: \_\_\_\_\_

**7. முன்மொழியுபவர் & ஆலோசகர் பிரகடனத்தால் படிவம் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு**

ஏதேனும் காரணத்திற்காக, முன்மொழியும் மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆலோசனைகள் முன்மொழியுபவரால் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு முன்மொழியும் படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன, மெயும் அதைத்து அம்சங்களையும் தாக்கக்ஷணமும் நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழியும் படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் மீது \_\_\_\_\_, ஆல் நிரப்பப்பட்டது, மெயும் அதைத்து தகவல்களும் சரியானவை & முழுமையானவை என்று நான் கண்டேன்.

\_\_\_\_\_ முன்மொழியுபவரின் எகவெயாப்பம் \_\_\_\_\_

ஆலோசகர் அறிவிப்பு காப்பீட்டு ஆலோசகர் / காப்பீட்டு முகவரின் குறிப்பிட்ட நபர் / தரகர் / உறுவு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் என்ற முறையில், இந்த தயாரிப்பு / முன்மொழியின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும் முன்மொழியுபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்று இத்தமூலம் அறிவிக்கிறேன்

\_\_\_\_\_ சாட்சியின் எகவெயாப்பம் \_\_\_\_\_

காப்பீட்டு ஆலோசகரின் எகவெயாப்பம் \_\_\_\_\_

8. பிரிமியம் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரிமியம் செலவுகள் விவரம்	காசோலை	டிமான்ட் டிராப்ட்	இரெடி கார்டு / O.L.P. கார்டு	ரெட்பேக்ஸ்	பணம்	மற்றவர்கள்
பிரிமியம் தொகை	பிரிமியம் செலுத்தியது					
முன்மொழிவுகளுடன் உறுவு	ஆண்டின் கட்டண பரிவர்த்தனை:					
வசூலியின் பெயர் / நினை	தேதி					
நிவாரண நினை இடம்	குறியீட்டு இலக்கம்					
வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / டிராஸ்டி / கார்ப்பரேட் ஏஜென்சி / பிற சேவைகள்	குறியீட்டு இலக்கம்					
பெயர்						
முன்மொழிவு பெறப்பட்ட நாள்:	வாடிக்கையாளர்:					
முன்மொழிவு அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளர்	ஆம்	இல்லை				

9. பணத்தை இலாபப்படுத்துதல் மற்றும் உரிமைகொடுக்கான செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விவரம்: வசூலி பரிமாற்றம்	
பயனாளியின் பெயர்	
மூலக் பெயர்	
கணக்கு எண்	IFSC குறியீடு
கணக்கு வகை:	சேமிப்பு      கரரன்ட்

10. பூதப்பித்தல்

பூதப்பித்தல் கட்டண பதிவு:

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாஸிஸின் பூதப்பித்தல் பிரிமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்டோமேட்டட் இன்சூரன்ஸ் டிவிஷன் (ACH) நினைவான அறிவுறுத்தல்கள் (N) நினைவத்தின் தொழில்துறை மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாஸிஸியை உடனடியாக பூதப்பிக்கலாம், ஆனால் நிறுவனத்திற்கு தேவைப்படும் அனைத்து கூடுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

நான் ACHN பூதப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விருப்பமிருேன், இதன் மூலம் பாஸிசி பூதப்பிக்கப்படும் வரை பிரிமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடி பெற விருப்பமிருேன்.

தேதி	இடம்	முன்மொழிவுபரின் கையொப்பம்
------	------	---------------------------

11. Bancassurance சேவைகளைக் கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

நினை குறியீடு	SP குறியீடு	RM / LG குறியீடு
வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண்		

12. சட்டரீதியான சர்ச்சிக்கை

தள்ளுபடிகள் தடை (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1939 இன் பிரிவு 41 இன் கீழ்)

1. இத்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான ஏந்தல் வகையான இடப்பாடு தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது பூதப்பிக்க அல்லது தொடர ஏந்தலொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ மறைமுகமாகவோ துண்டுதலாக, செலுத்த வேண்டிய சூழி முழுவதிலும் அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாஸிஸியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரிமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ ஏந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவல்களை அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாஸிஸியை எடுக்கும் அல்லது பூதப்பிக்க அல்லது தொடரும் ஏந்தலொரு நபரும் ஏந்தலொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது.

2. இந்தப் பிரிவின் ஏற்பாடுகளுக்கு இணங்கத் தவறும் ஏந்தலொரு நபரும் பத்த லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABA ID உள்ளதா?	ABA ID	ABA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை காப்பீட்டாளர் மூலம் பரிந்துரை செய்யும்	
			ஆம்	இல்லை
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை		<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை
	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை		<input type="checkbox"/> ஆம்	<input type="checkbox"/> இல்லை

