

								மருத்துவ பதிவு எண், பணிபிடித்ததின் கவுண்டில் பெயர் மற்றும் முகவரி எனிய வழங்கவும்*
1		(எம் / எஃப் / மற்றவை)	(dd/mm/yy yy					

அடிப்படை கவரீரல்:	
கொள்கை வகை # :	நபர்
காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	1
அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை:	_____
பாவிஞ் காலம்:	3 வருடங்கள்

3. பெயர்வழித்திறன்

பாவிஞ் எண்	காப்பீட்டு நிறுவனம்	இடர் தொடக்க தேதி	ஆபத்து முடிவு தேதி	பொர்ட்டிங் செய்வதற்கான காரணங்கள்

பொர்ட்டிங் செய்யப்படும் உத்தேச காப்பீட்டாளரின் பெயர்	முதல் பாவிஞ் தொடக்க தேதி	பெயர்வழித்திறன் கொர்ப்பட்ட தொடர்ச்சியான காப்பீட்டின் ஆண்டுகளின் எண்ணிக்கை	கடந்த கால பாவிஞ்சில் உரிமைகொர்ப்பு	தற்போதைய நோயினால் பொர்ப்பு	காப்பீட்டுத் தொகை - ஆண்டு 1 (பொழுது)	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை - ஆண்டு	காப்பீடு செய்யப்பட்ட தொகை - ஆண்டு	காப்பீட்டுத் தொகை - ஆண்டு 4 (காலாவதியானால் பாவிஞ்)

4. நியமனம்

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

நியமனதாரர் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	முகவர், அலைபேசி எண் மற்றும் நாமீனியின் மின்னஞ்சல் இட	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர் 18 வயதுக்கு குறைவாக இருந்தால்)

நாமீனியின் வசூலி விவரங்கள்:

பயனாளியின் பெயர்: _____
 வசூலியின் பெயர்: _____
 கணக்கு எண்: _____
 கணக்கு வகை: _____

IFSC Code: _____

5. மருத்துவம், பழக்கம் மற்றும் கடத்த கால முன்பொழிவு தகவல்

மக்களிடமிருந்து: இந்த பிரிவில் உள்ள அனைத்து கேள்விகளுக்கும் உண்மையாகவும் முழுமையாகவும் பதிலளிக்கப்படுவதை உறுதிசெய்க, ஏனென்றால் நீங்கள் இங்கே வழங்கும் தகவல்கள் நிர்வாகியின் மருத்துவநிபுடின் அடிப்படையை உருவாக்கும். முழுமையற்ற, தவறான, பகுதியளவு சரியான தகவல் உங்கள் மருத்துவ உரிமைகளை மீட்டும்/அல்லது பாதுகாப்பை பாதிக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

பிரிவு A		1	
ஒவ்வொரு விண்ணப்பதாரிக்கும் பின்வரும் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும், ஆம் / அல்லது இல்லை (N) வட்டிடவும்			
ஜலநோய், காய்ச்சல், நோய்த்தொற்றுக்கள், சிறு காயம் அல்லது பிற சிறு விபாதங்கள் நீங்கலாக, விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் நோயால் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது 5 நாட்களுக்கு மேல் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது ஏதேனும் அழுவை சிசிசை நடைமுறைகளுக்கு உட்படுத்தப்பட்டிருக்கிறாரா மற்றும் / அல்லது ஏதேனும் மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்டாரா / 14 நாட்களுக்கு மேலாக ஏதேனும் அறிஞர்களைக் கொண்டிருந்தாரா? இன்ஹேலர்கள், ஊசிகள், வாய்வழி மருந்துகள் மற்றும் உடல் பாகங்கள் மீதான வெளிப்புற மருத்துவப் பயன்பாடுகள் ஆகியவை இடம் அடங்கும் ஆனால் இவை மட்டுமே அல்ல.		Y	
ii. தைராய்டு சுயவிவரம், கொழுப்பு விவரம், இரத்த சர்க்கரை, ஆஸ்திரியோமிராசி, எக்கோகார்டியோகிராபி, எண்டோஸ்கோபி, அல்ட்ராசவுண்ட், CT ஸ்கேன், MRI, பயாப்சி மற்றும் FMAC தொடர்பான ஏதேனும் நோயறிதல் சோதனைகள் அல்லது சோதனைகளுக்கு விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது பாதுகாப்பு கண்டுபிடிப்புகளைக் கொண்டிருந்தாரா?		Y	
iii. விண்ணப்பதாரருக்கு நீரிழிவு நோய் உள்ளதா அல்லது நீரிழிவுக்கு முந்திய நிலை உள்ளதா அல்லது அவருக்கு எப்போதாவது உயர் இரத்த சர்க்கரை இருந்ததா?		Y	
iv. விண்ணப்பதாரருக்கு உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் உள்ளதா?		Y	
விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மரபணு / பரம்பரை கோளாறுகள் அல்லது எச்.ஐ.வி / எம்.டீ.ஸி நோயறிதல் அல்லது சிசிசை பெற்றுள்ளாரா?		Y	
vi. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது ஏதேனும் மனநலம் / மனநல கோளாறுகளுக்கு கண்டறியப்பட்டாரா அல்லது சிசிசை யளிக்கப்பட்டாரா?		Y	
vii. விண்ணப்பதாரருக்கு எப்போதாவது மகளிர் நோய் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டுள்ளதா, அதற்காக 5 நாட்களுக்கு மேல் தகவலீடு, ஹார்மோன் மாற்று சிசிசை அல்லது மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளனவா?		Y	
viii. விண்ணப்பதாரர் எப்போதாவது கர்ப்பமாக இருந்திருந்தால், கர்ப்பத்தின் ஏதேனும் சிக்கல் இருந்ததா?		Y	
ix. விண்ணப்பதாரருக்கு எப்போதாவது அசாதாரண ரொடானி இரத்தப்போக்கு அல்லது மாதவிடாய் முழுவகின்றமை இருந்ததா?		Y	

பிரிவு B: மெல உண் பிரிவில் ஆம் (Y) எனக் குறிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு பின்வரும் தகவலைக் குறிப்பிடவும்:									
விண்ணப்பதாரர் எண்				தூரநி	மருத்துவங்கள்	மொடல்	தற்போதைய நிலை (எ.கா. முழுமையான / பகுதி மீட்டி அல்லது தற்போதைய சிசிசை)	சிசிசையளித்தல்	ஆணைப்புகள்
அறிவுறுத்தல் / அல்லது விளக்கங்கள் (கேள்விகள்) அல்லது நோய் கண்டறிதல் அல்லது செயல்முறை / அழுவை சிசிசை பற்றிய விவரங்கள்				ஆள் ஆட்பு	காண்டிஷன்	வயது		மருத்துவரின் பெயர்	இணைக்கப்பட்டுள்ளன
தீர்மானம்	தீர்மானம்	தீர்மானம்	தீர்மானம்					மீட்டி அல்லது தற்போதைய சிசிசை	ஆணைப்புகள்
தீர்மானம்	தீர்மானம்	தீர்மானம்	தீர்மானம்						

6. கூற்று (முன்பொழிவு படிவத்தில் கையொப்பப்படுத்துவதற்கு முன் கவனமாக படித்து ஒவ்வொன்றிற்கும் ஏதிராக ஒரு காரணத்தை அடையாளப்படுத்துவதை வகைப்படுத்தவும்)

__ நான் வழங்கிய மேற்கண்ட கூற்றுக்கள், பதில்கள் மற்றும்/அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை எல்லா வகையிலும் உண்மையானவை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக, முன்மொழிய எனக்கு அதிகாரம் உண்டு என்றும் என் சார்பாகவும் காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாலிஸியின் அடிப்படையை உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துநூலி பாலிஸிக்கு உட்பட்டது மற்றும் வசூலிக்க வேண்டிய பிரீமியத்தை முழுமையாக செலுத்திய பின்னர் பாலிசி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை __ புரிந்துகொள்கிறேன்.

முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதைத் தெரிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய / முன்மொழியவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் ஏதாவது மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று __ மேலும் அறிவிக்கிறேன்.

காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய உரி/முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் கையடக்கம் பற்றி ஏதாவது மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையிடமிருந்தும் அல்லது காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய உரி/முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் கையடக்கம் பற்றி ஏதாவது கூத்தகால அல்லது தருமாதைய முதலாளியிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கோருவதற்கும், காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர் / முன்மொழியவர் மீதான காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட ஏதாவது காப்பீட்டாளரிடமிருந்தும் 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 / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை பரிந்து கொள்ள __ நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறேன் மற்றும் ஏதாவது அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுக்குமுறை ஆணையத்தட்டும்.

__ சேவை வழங்கலின் ஒரே நோக்கத்திற்காக காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதிவுகள் உட்பட்ட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் எம்புளஸ் செய்யப்பட்ட வழங்குநருடன் பரிந்து கொள்ள நான் / நாங்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறோம்.

7. வட்டார மொழி அறிவிப்பு

முன்மொழியவர் வட்டார மொழியில் கையொப்பமிட்ட if: இதைப் படிவத்தின் உள்ளடக்கம் படிவம் __ இல் சான்றளிக்கும் நபரின் __ Name என்னால் விளக்கப்பட்டது. __ Name witness __ முன்னிலையில் முன்மொழியவருக்கு விளக்கப்பட்டது, அவர் அதைப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார். காட்டி நிறுவனத்தின் முகவர் / பணியாளர் அல்லாத வேறு யாராவது இடுக்க வேண்டும்.

தேதியிட்ட / , / , Place _____ கையொப்பம் Proposer _____

சான்றுப்படுத்தும் நபரின் சான்றுப்படுத்தும் Person _____ மொழியை எண்ணின் கையொப்பம் _____

காட்டியின் Witness _____ மொழியை எண்ணின் கையொப்பம் _____

8. கூற்று படிவம் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் முன்மொழியவரால் & ஆலோசகர் கூற்று

ஏதேனும் காரணத்திற்காக, முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆவணங்கள் முன்மொழியவரால் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் எனது முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன. மேலும் அனைத்து ஆசைகளையும் தங்கங்களையும் நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன். முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் கீழ் __ Name __ Mobile no __ ஆல் நிரப்பப்பட்டது, மேலும் அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை & முழுமையானவை என்று நான் கண்டேன்.

முன்மொழியவரின் கையொப்பம் _____

ஆலோசகர் அறிவிப்பு: காப்பீட்டு ஆலோசகர் / கார்ப்பரேட் முகவரின் குறிப்பிடப்பட்ட நபர் / தரகர் / உறுவு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் என்ற முறையில், இந்த தயாரிப்பு / முன்மொழியின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும் முன்மொழியவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்

காப்பீடு Asseser _____ இடைத்தரகர் குறிப்பிட்ட கையொப்பம்: _____

9. பிரீமியம் விவரங்கள் (சுலாவக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

பிரீமியம் செலுத்தும் விருப்பம்	காசொலை	டிமான்ட் டிராப்ட்	கிரெடிட் கார்டு/டெபிட் கார்டு	நெட்பெங்கிங்	பணம்	மற்றவர்கள்
பிரீமியம் amount _____						
செலுத்தப்பட்ட பிரீமியம் by _____ proposer _____ உடனான உறுவு						
ஆன்லைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ஐடி: _____ தேதி: __/__/ வங்கியின் பெயர் / கிளை _____						
நிவா யூபி கிளை இடுப்பிடம் _____ code No _____ வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / டிஸ்ட்ரிக்ட் / கார்ப்பரேட் ரெஜன்சி / பிற சேவைகள்						
குறியீடு No _____ Name _____ முன்மொழிவு அன்று பெறப்பட்டது _____ வாடிக்கையாளர் ஐடி: _____						
முன்மொழியவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளர்? _____ ஆம் _____ இல்லை _____						

10. முன்மொழியவரின் உரிமைகோரல்களைத் திரும்பப் பெறுதல் மற்றும் பணம் செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

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

வங்கியின் பெயர் _____ கிளை _____ City _____

கணக்கு எண் _____ IFSC Code _____ கணக்கு வகை: _____ சேமிக்கிறீர்கள்: _____ கர்ரன்ட் _____

11. புதுப்பித்தல்

புதுப்பித்தல் கட்டண பதிலு:

உங்கள் மருத்துவ காப்பீட்டு பாஸிஸியின் புதுப்பித்தல் பிரிப்பித்தல் ஒவ்வொரு ஆண்டும் உங்கள் தற்போதைய ஆட்டுடொமெட்டி சினியரிங் ஹவுஸ் (ACH) / நிர்வாகியான அறிவுறுத்தல்கள் (S) நிழுவனத்தின் தொர்வதன் மூலம் செலுத்தலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாஸிஸியை உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால் நிழுவனத்திற்கு தேவையப்படும் அனைத்து கட்டுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் புரத்தி செய்ய வேண்டும்.

நான் ACH/S புதுப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன், இதன் மூலம் பாஸிஸி புதுப்பிக்கப்படும் வரை பிரிப்பித்தலில் 2.5% தள்ளுபடி பெற விரும்புகிறேன்.

தேதியிட்ட / / Place _____ கையொப்பம் Proposer _____

12. Bancassurance சேவைகளைக் கூடுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்)

நிலை குறியீடு _____ 5% குறியீடு _____ RMAIS குறியீடு _____
 வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண் _____

13. சட்டநியமான சச்சரிக்கை

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

- இந்தியாவில் உயிரின அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான இடர்பாடு தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க, அல்லது தொடர எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ மறைமுகமாகவோ தண்டித்தலாக, செலுத்த வேண்டிய கடிவு முடிவிலும் அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாஸிஸியில் காட்டப்படும் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது, காப்பீட்டாளரின் வெளியிடப்பட்ட தகவல்களை அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாஸிஸியை எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அல்லது தொடரமும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும்
- இந்த பிரிவின் ஏற்பாடுகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்த லட்சம் ரூபாய் வரை நீட்டிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

14. நிழுவனத்தின் ஒப்புமை

விண்ணப்ப எண்:

தேதி / /

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை காசோலை / கேட்பு வரைவோலை / மற்றவர்கள் drawn on தேதியிட்ட ரூ. தொகையை நாங்கள் நன்றியுடன் ஏற்றுக்கொள்கிறோம். காப்பீட்டிற்கான ஒரு திறைவு செய்யப்பட்ட முன்மொழிவை எங்களுக்கு சமர்ப்பிப்பதற்கு அல்லது பாஸிஸி வழங்குவதற்கான செயல்பட்ட எந்தவொரு பணம் செலுத்தலோ ஒரு பாஸிஸியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள எங்கள் கட்டாயப்படுத்தாது. அது மூடிய எப்போதும் எங்கள் தனிப்பட்ட மற்றும் மூலையியான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாஸிஸியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது மற்றும் பிரிப்பித்தல் எங்கள் மூலமையாகவும் சரிபாள் தேர்தலிலும் பெறப்படவில்லை. அல்லது உணரப்பட்டவில்லை என்றால் எங்களுக்கு எந்த பொறுப்பும் இருக்காது. நாங்கள் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், வட்டி இல்லாமல் உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ பரிசீலனைகளின் செலவு, ஏதேனும் இருந்தால், சுழித்தலிற்கு உங்களுக்குத் தெரிவித்து, கட்டணத்தைத் திரும்பித் தரப்படும்.

பெறுநரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை

15. ABHA ID

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?	ABHA ID	ABHA மூலம் காப்பீட்டாளர்கள் ITAக்களுடன் மருத்துவப் பதிவுகளைப் பரிசீலனை செய்வதற்கான ஒப்புதல்
	ஆம்/இல்லை	XX XXXX XXXX XXXX	ஆம்/இல்லை