

3.								
4.								
5.								
6.								

முடிந்த கவனம் அல்லது பள்ளிக் கல்விகளாக மாணவர் விசுவாசம் வெளிநாடுகளுக்குச் செல்லும் மாணவர் பூர்த்தி செய்ய வேண்டிய கூடுதல் தகவல்கள்

மாணவர் பெயர்: _____

பிறந்த நாள்: _____

பள்ளி/பல்கலைக்கழகத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி: _____

தேர்வு செய்யப்பட்ட பாடநெறி: _____

பாடநெறி காலம்: _____

ஸ்பான்சர் பெயர்: _____

மாணவருடன் ஸ்பான்சர் உறவு: _____

ஸ்பான்சரின் முகவரி: _____

மற்ற விவரங்கள்
நிவா பூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸிவிடத்து தற்போதுள்ள பாஸ்பாஸின் விவரங்கள்: _____

நிவா பூரா ஹெல்த் இன்சூரன்ஸிவிடத்து கடந்த கால பயணக் காப்பீட்டு பாஸ்பாஸின் விவரங்கள்: _____

3- கவர்டு தேர்வு:

அடிப்படை கவர்டு:	
கொள்கை வகை:	நபர்
காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய உயிர்களின் எண்ணிக்கை:	Adults _____ குழந்தைகள் _____
பாஸ்பாஸின் காலம்:	_____ Days/ ஆண்டுகள் (எது பொருத்தும்) பயணத் தொடக்க தேதி: _____ பயண முடிவு தேதி: _____
உள்நேரப்பாஸி மருத்துவ சிசிசை (அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை)	
தாய்மை	
புதிதாகப் பிறந்த குழந்தை காப்பீடு	
விசுவாச கவர்டு:	
வெளிநாடுபாஸ் சிசிசை	
அவசர ஆம்புலன்ஸ்	
மருத்துவமனை இன்சூரி பணம்	
பல் சிசிசை	
மருத்துவ வெளிவெற்றம்	
உள்நேரப்பாஸிகள் பராமரிப்புக்கு நீட்டிப்பு	
தனிநபர் விபத்து	
விபத்து மரணம் மற்றும் இயல்பான (பொதுவான கேரியர்)	
இறந்த உடல்களை இடுபி அனுப்பும்	
செக்-இன் செக்கெஜின் மொத்த இழப்பு	
செக்-இன் செய்யப்பட்ட செக்கெஜனின் தாமதம்	
பயண தாமதம்	
பயண ரத்து	
பயண குறுக்கீடு	
பாஸ்பாஸ்ட் தொலைத்து போவது	
சர்வதேச ஓட்டுனர் உரிமம் இழப்பு	
தவறவிட்ட இணைப்பு	
நிதி அவசர பணம்	
தனிநபர் பொருப்பு	
விமானக் கடத்தல் இன்சூரி கொடுப்பனவு	

வேப்பம், உட்டெல, மொஸல் டீபான், கோரா ஆகியவற்றின் இழப்பு	
பயன்ஸ் முன்பதிவு- நோட்டீஸ் / காண் கோரியர்	
கருணை வரல்கை	
மைனர் குழந்தையின் எஸ்கார்ட	
சாகச விளையாட்டுகள்	
விளையாட்டு உபகரணங்கள் வாடகை	
வாடகை விளையாட்டு உபகரணங்கள் சேதம் அல்லது இழப்பு	
விளையாட்டு செயல்பாடு கவரேஜ்	
கடன் பாதுகாப்பாளர்	
அவசர பயண தீட்டிப்பு	
பிணை வகுப்பிற்கு தரம் உயர்த்துதல்	
படிப்பில் குறுக்கீடு	
ஸ்பான்சர் பாதுகாப்பு	
புற்றுநோய் ஸ்கிரீனிங் மற்றும் மெட்மொகிராபி பரிசோதனைகள்	
ஜாமீன் பத்திரம்	
விலக்கு தள்ளுபடி	
விடுப்பு இணை கட்டணம்	
வீசா திரும்ப	
வீட்டுக்கு வீடு காப்பீடு	
சக ஊழியர் மாற்று	
முன்வை இலக்குகள் நோய் காப்பீட்டை முடிக்கவும்	

4- நியமனம்:

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

நாமியின் பெயர்	பிறந்த நாள்	முன்மொழிபவருடனான உறவு	நாமியின் முகவரி, மொஸல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் இடி	நியமனம் பெறுபவரின் பெயர் (நியமனதாரர் 18 வயதுக்கு குறைவாக இருக்காது)

நாமியின் வங்கி விவரங்கள்: பயனாளியின் பெயர்: _____

வங்கியின் பெயர்: _____ கணக்கு வகை: _____ சேமிப்பு: _____ கர்பரேண்ட்: _____

கணக்கு எண்: _____ IFSC குறியீடு: _____

5- மருத்துவம், புரக்கம் மற்றும் சுட்டை முன்மொழிவு தகவல்:

S.No.	காப்பீடு செய்ய உத்தேசிக்கப்பட்ட நபர்களின் வரைபு பொறுத்தவரையிலும்:	உறுப்பினர் 1	உறுப்பினர் 2	உறுப்பினர் 3	உறுப்பினர் 4	உறுப்பினர் 5	உறுப்பினர் 6
1	காப்பீடு செய்ய உத்தேசிக்கப்பட்டுள்ள உறுப்பினர் வரைபுப் பின்வரும் நோய்களில் ஏதேனும் ஒன்றினால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறாரா?						
1அ	மாரடைப்பு, இதய செயலிழப்பு, இல்கிமிக் இதய நோய் அல்லது கர்பரணர் இதய நோய், ஆஞ்சினா போன்ற இதய நோய்கள்.	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1ஆ	கட்டி, எதே உறுப்பு புற்றுநோய், ஸ்கிமிட், மிம்போனா, சர்கோமா	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1அ	முகவிய உறுப்பு செயலிழப்பு (சிந்திரம், கல்னீர், இதயம், துரையீரல் போன்றவை).	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1க	பக்கவாதம், என்செபலோபதி, மூளைக் கட்டி, அல்லது ஏதேனும் நரம்பியல் நோய்	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1ஊ	துரையீரல் மைப்பிரோஸிஸ், துரையீரல் சரிவு அல்லது இடைநிலை துரையீரல் நோய் (கு.எம்.டி)	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1ஈ	நெடுகட்டி அல்லது 13 அல்லது 14, நாளிட்ட, கல்னீர் நோய், கிரோன் நோய், அல்சரேட்டிவ் பெருங்குடல் அழற்சி	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
1இ	இறம்படிச்சத்து குறைபாடு இரத்த சோகை தவிர வேறு எந்த இரத்த சோகையும்	<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	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

பிற விவரங்கள்/ அறிவிப்புகள்: _____

6. பிரிட்லன்ஸ் (தயவுசெய்து கவனமாகப் படித்து, முன்மொழிவு படிவத்தில் கையொப்பப்படுத்துவதற்கு முன் ஒப்பொளிக்கும் எதிராக ஒரு காரணை அடையாளத்தை வைக்கவும்)

- என் சார்பாகவும், காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், என்னை வரங்கப்பட்ட மெற்கண்ட அறிக்கைகள் பதில்கள் மற்றும் / அல்லது விவரங்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை என வகையிலும் உண்மை மற்றும் முழுமையானவை என்று, இந்த மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிய எண்க்கு அதிகாரம் உள்ளது என்றும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.
- என்னை வரங்கப்பட்ட தகவல்கள் காப்பீட்டு பாணியின் அடிப்படையை உருவாக்கும், காப்பீட்டாளரின் இயக்குநர் குழுவால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட எழுத்துமுதி பாணியிக்கு உட்பட்டது மற்றும் விநிகரிக்கக்க பிரிப்பித்தை முழுமையாக செலுத்திய பிறகே பாணி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதைத் தெரிவிப்பதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய / முன்மொழியவரின் தொழில் அல்லது பொது ஆரோக்கியத்தில் ஏற்படும் எந்தவித மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று மெழும் அறிவிக்கிறேன்.
- காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எந்தையும் பற்றி எந்த ஒரு மருத்துவ அல்லது மருத்துவமனைப்பிடுக்தும் அல்லது காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபரின்/முன்மொழியவரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தை பாதிக்கும் எந்தையும் பற்றி எந்தவித ஒரு கட்டண அல்லது தற்போதைய பணியாளரிடமிருந்தும் மருத்துவத் தகவல்களைக் கொடுவதற்கும், காப்பீடு செய்யப்பட்ட வேண்டிய நபர்/முன்மொழியவர் பீதான காப்பீட்டிற்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட எந்தவித காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்தும் தகவல்களைக் கொடுவதற்கும் நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்பதை அறிவிக்கிறேன் முன்மொழிவு மற்றும் / அல்லது உரிமைகொளர் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் நபர்க்கத்திற்காக.
- முன்மொழிவு மற்றும்/அல்லது உரிமைகொளர் தீர்வுக்கு உத்தரவாதம் அளிக்கும் ஒரு நபர்க்கத்திற்காக காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதில்கள் உட்பட்ட எனது முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எந்தவித ஒரு அரக மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை ஆணையத்தினால் பரிந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.
- காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியவரின் மருத்துவ பதில்கள் உட்பட்ட எனது / எங்கள் முன்மொழிவு தொடர்பான தகவல்களை எங்கள் எம்ப்பென் செய்யப்பட்ட வழங்குநருடன் சேவை வழங்குவதற்கான ஒரு நபர்க்கத்திற்காக பரிந்து கொள்ள நான் / நான்கள் நிறுவனத்தை அங்கீகரிக்கிறேன்.
- முன்மொழியவர் ஸ்டார் மொழியில் கையொப்பப்பிடுக்ததால் இந்த படிவத்தின் உள்படகம் என்னை விளக்கப்பட்டது _____ இல்.
முன்மொழியவருக்கு _____ முன்னிலையில், அவர் அளவுப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தியுள்ளார். சாட்சி நிறுவனத்தின் முகவர் / பணியாளர் அல்லாத வேறு யாராவது இடக்க வேண்டும்.

தேதி:

இடம்:

முன்மொழியவரின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் கையொப்பம்:

சான்றளிக்கும் நபரின் மொழியல்:

சாட்சியின் கையொப்பம்:

சாட்சியின் அலைபேசி:

எண்:

7. முன்மொழியவர் 8 ஆலோசகர் பிரிட்லன்ஸ் படிவம் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு:

ஏதேனும் காரணத்திற்காக, முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆலோசனைகள் முன்மொழியவரால் நிரப்பப்படவில்லை என்றால் அறிவிப்பு முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்படகங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன. மெழும் அனைத்து அம்சங்களையும் தரக்கூடியதற்கும் நான் முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன்; முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் கீழ் _____ ஆல் நிரப்பப்பட்டது. மெழும் அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை நகர்ப்பெரி

8 முழுமையானவை என்று நான் கண்டேன். முன்மொழியவரின் கையொப்பம் _____

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

காப்பீடு Advisor _____ இடைத்தரகரின் கையொப்பம் code _____

8. பிரிப்பியம் விவரங்கள் (ஆலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

பிரிப்பியம் செலுத்தும் விருப்பம்: காரணை யுமாண்ட் டிராப்ட் கிரெடிட் கார்ட் டெட்ரெப்கிவ் பணம் மற்றவர்கள்

பிரிப்பியம் தொகை:

முன்மொழியவருடனான உறவு:

வங்கியின் பெயர் / கிளை:

நிவா யூர் கிளை இடம்:

வணிக ஆதாரம்: ஆலோசகர் / டிராப்ட் / கார்ப்பரேட் ஏடுகள் / பிற சேவைகள்

பெயர்:

முன்மொழிவு பெறப்பட்ட நாள்:

முன்மொழியவர் அல்லது விண்ணப்பதாரர் ஒரு பணியாளரா? ஆம் இல்லை

பிரிப்பியம் செலுத்தியது:

ஆன்வைன் கட்டண பரிவர்த்தனை ID:

தேதி:

குறியீட்டு இலக்கம்:

குறியீட்டு இலக்கம்:

வாடிக்கையாளர் ID:

9. பணத்தை இடுமப்படுதல் மற்றும் உரிமைகொள்களை செலுத்துவதற்கான விவரங்கள்

பணம் பெறுவதற்கான விருப்பம்: வங்கி பரிமாற்றம்

பயனாளியின் பெயர்:

வங்கியின் பெயர்:

IFSC குறியீடு:

கணக்கு வகை:

கணக்கு எண்:

10- புதுப்பித்தல்:

புதுப்பித்தல் கட்டண

பதிவு உங்கள் மருத்துவ காப்பீடு பாஸ்பாஸ்ட் புதுப்பித்தல் பிரிமியத்தை ஒவ்வொரு ஆண்டும் செலுத்துவது உங்கள் தற்போதைய தானியங்கி இலிபிரிங் ஹவுஸ் (ACH) / நிர்வாக அறிவுறுத்தல்கள் (SI) நிறுவனத்தின் தொடர்வதன் மூலம் செய்யப்படலாம். இந்த விருப்பத்தின் கீழ், உங்கள் பாஸ்பாஸ்ட் உடனடியாக புதுப்பிக்கலாம், ஆனால் நிறுவனத்திற்கு தேவைப்படும் அனைத்து கட்டுதல் தகவல் மற்றும் ஆவணங்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

நான் ACH/SI புதுப்பித்தல் விருப்பத்தை தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன். இதன் மூலம் பாஸ்பாஸ்ட் புதுப்பிக்கப்படும் வரை பிரிமியத்தில் 2.5% தள்ளுபடி பெற விரும்புகிறேன்.

Dated _____ Place _____ Proposer _____ கையொப்பம்

*ஒற்றை பயண பாஸ்பாஸ்ட் புதுப்பித்தல் பொருத்தாது.

11- பாக்கிராஜ்ஸ் சேர்ப்புக்கு மட்டும் கட்டுதல் விவரங்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்):

விலை குறியீடு _____ SP குறியீடு _____ RM/LG குறியீடு _____

வாடிக்கையாளர் கணக்கு எண் _____

12- சட்டநிபந்தனை சரிசரிக்கை:

தள்ளுபடிகளைத் தடை செய்ய (காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 பிரிவு 41)

இன் கீழ் 1. இந்நியமில் உயிர்கள் அல்லது சொத்து தொடர்பான எந்த வகையான அபாயம் தொடர்பாகவும் காப்பீட்டை எடுக்க அல்லது புதுப்பிக்க அல்லது தொடர் எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தூண்டுதலாக, செலுத்த வேண்டிய கடமையின் முடிவிலும் அல்லது பகுதியிலும் ஏதேனும் தள்ளுபடி அல்லது பாஸ்பாஸ்ட் காட்டப்படும் பிரிமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி ஆகியவற்றை அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதிக்கவோ எந்த நபரும் அனுமதிக்கவோ அல்லது வழங்கவோ கூடாது. காப்பீட்டாளரின் வெளிப்படுத்த தகவலறிக்கை அல்லது அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியைத் தவிர, பாஸ்பாஸ்ட் எடுக்கும் அல்லது புதுப்பிக்கும் அல்லது தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் ஏற்கக்கூடாது.

2. இந்தப் பிரிவின் ஏற்பாடுகளுக்கு இணங்கத் தவறும் எந்தவொரு நபரும் பத்து வடசம் ரூபாய் வரை நீடிக்கக்கூடிய அபராதத்திற்கு பொறுப்பாவார்.

13- நிறுவனத்தின் ஒப்புதல்:

விண்ணப்ப எண்: _____

தேதி: ___/___/___

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை காசோலை / கேட்பு வரைவேலை / Others _____ of தொகை _____ தேதியிட்ட. தேதியிட்ட _____ மூலம் பெறப்பட்டதற்கு நன்றியுடன் தெரிவிக்கிறோம்

காப்பீட்டாளர் ஒரு பூர்த்தி செய்யப்பட்ட முன்மொழிவை எங்களுக்கு சமர்ப்பிப்பதோ அல்லது பாஸ்பாஸ்ட் வழங்குவதற்காக, செய்யப்பட்ட எந்தவொரு பணம்செலுத்தலும் ஒரு பாஸ்பாஸ்ட் வழங்குவதற்கு ஒப்புக்கொள்ள எங்களை கட்டப்படுத்தாது. அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் தனிப்பட்ட மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டிற்கான ஒரு முன்மொழிவை நான்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாஸ்பாஸ்டின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது மற்றும் பிரிமியம் எங்களால் முழுமையாகவும் சரிபாண தேர்தலிலும் பெறப்படவில்லை அல்லது உணரப்படவில்லை என்றால் எங்களுக்கு எந்த பொறுப்பும் இடக்கூடாது. நான்கள் முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், வட்டி இல்லாமல் உங்களிடமிருந்து பெறப்பட்ட மருத்துவ பரிசோதனைகளின் செலவு ஏதேனும் இருந்தால், கழித்த பிறகு உங்களுக்குத் தெரிவித்து, கட்டணத்தைத் திரும்பித் தருவோம்.

பெறுநர் மற்றும் அலுவலக seal _____ பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

உறுப்பினர் பெயர்	உங்களிடம் ABHA ID உள்ளதா?		ABHA ID	ABHA மூலம் மருத்துவ பதிவுகளை கட்டப்படாளர்கள்/மாக்ஸ்டர் பரிந்துரைக்கின்ற ஒப்புதல்			
	ஆம்	இல்லை		ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

நிளா யூபா நெல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட், பதிவு செய்யப்பட்ட அலுவலகம்: 698, முதல் தளம், லக்ஷ் நகர், பகுதி 1,

புது தில்லி-110024 பொறுப்புத் தரப்படி காப்பீடு என்பது தேவையின் பொருள். நிளா யூபா நெல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (முன்னர் மெக்ஸ் யூபா நெல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் என அறியப்பட்டது) (SOA பதிவு

எண்: 145) 'யூபா' மற்றும் 'நெல் லிமிடெட்' வேளாண் அந்தக உரிமையாளர்களின் பதிவு செய்யப்பட்ட வர்த்தக முத்திரைகள் மற்றும் உரிமையின் கீழ் நிளா யூபா நெல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் மூலம் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. வாடிக்கையாளர் நெல்பயல்கள்:

1800 500 8888. வலைத்தளம்: www.nvba.com. இலா: 166000020081C182918. விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள், விவரங்கள், அபாயக் காரணிகள், காத்திருப்புக் காலம் & நன்மைகள் குறித்த கட்டுதல்

விவரங்களுக்கு, வாங்குவதற்கு முன்பு, விபரணைச் சிற்றெழுத்துக் கவனமாகப் படிக்கவும்.