

5. ஒரு வேளை கேள்விகள் 3 அல்லது 4-ற்கு பதில் ஆம் என்றிருந்தால், தயவுசெய்து பின்வரும் விவரங்களை அளிக்கவும்:

நோயின் தன்மை/பரிசோதனை: _____

கண்டுபிடிப்பு தேதி/பரிசோதனை: _____

சிகிச்சை காலம்/கண்டுபிடிப்பு: _____

மருத்துவர்/மருத்துவமனை பெயர்: _____

விடுப்பு காலம் மற்றும் தேதி: _____

விடுப்பு எடுத்தற்கான காரணம் (சுகமின்மை, நோய், காயம்) _____

6. ஆயுத்தாரர் பின்வருபவற்றில் ஏதாவது உட்கொள்கிறாரா/உட்கொண்டாரா?

உட்கொள்ளப்பட்ட பொருள்	ஆம்	இல்லை	உட்கொள்ளப்பட்ட விதம்	அளவு/தினம்	எத்தனை வருடங்கள்
புகையிலை			சுருட்டு/சிகரெட்/பீடி/குட்கா		
மது			பீர்/வைன்/மது		
போதை பொருள்					

7. ஆயுத்தாரர் பாலிசி காப்பீடு/கடைசியாக புதுபித்த தேதியிலிருந்து அவர்/அவள் தொழில்/இருப்பிடம்/துறையை மாற்றியிருக்கிறாரா? ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால், தொழில் (உதா, இரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கம், வெட்டிமருந்து, அரிக்கும் இரசாயனம் போன்ற)/துறை (உதா, வானியல், கட்டணம் செய்வதும் பிரயாணிகளை தவிர, முத்துகளியல், மலை ஏறுதல், எந்த வகையான பந்தயம் போன்ற) குறிப்பிட்ட
 இடையூறு/அபாயத்துடன் இணைந்தது. தயவுசெய்து விவரம் அளிக்கவும்.

8. ஆயுத்தாரருக்கு இந்த பாலிசியின் பரிந்துரை/கடைசி புதுபித்த தேதிக்கு பிறகு ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் அல்லது வேறு காப்பீடு நிறுவனத்தில் இன்சுரன்ஸ் பாலிசி(கள்) பரிந்துரை/புதுபித்தல் இருந்தால் அதன் நிலை என்ன?

பாலிசி அல்லது பரிந்துரை எண்	நிறுவனத்தின் பெயர்	வழங்கிய வருடம்/பரிந்துரை	மருத்துவ பாலிசி		ஆண்டு பீரியம் (ரூ)	உறுதியளிக்கப்பட்ட அடிப்படை தொகை (ரூ)	அடிப்படை திட்டம்-தீர்மானம் (வழக்கமானது/அதிகப்படி/ஒத்திவைப்பு/மறுக்கப்பட்டது/முடிக்காதது)	ரைடர்கள் பெயர் மற்றும் தீர்மானம் (வழக்கமானது/அதிகப்படி/ஒத்திவைப்பு/மறுக்கப்பட்டது/முடிக்காதது)	அமலில் உள்ளது/காலாவதியானது (காலாவதி/புதுப்பித்தலுக்கு விண்ணப்பித்த வருடத்தை குறிப்பிடவும்)
			ஆம்	இல்லை					

*இடம் போதவில்லை என்றால், தயவுசெய்து தனி தாளான இணைக்கவும்

அறிவிப்பு மற்றும் அங்கீகாரம்

நான்/நாங்கள் ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் வைப் இன்சுரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டின் (இனிமேல் கம்பெனி என்று அறியப்படுவது) ஆலோசகர் விளக்கமளித்தபின் பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளுக்கு பதில் அளித்தேன் (தோம்), மற்றும் கேள்விகளின் தன்மை, ஆரோக்கிய சம்பந்தப்பட்ட கேள்விகள் மற்றும் இப்படிப்பட்ட கேள்விகளுக்கு பதில் அளிக்கும் போது எல்லா பொருள்களின் தகவல்களையும் அளிப்பதில் முழுமையாக புரிந்து கொள்ளப்பட்டது. மேலும் நான்/நாங்கள் பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளுக்கு என்னால்/எங்களால் பதிலளிக்கப்பட்டது என்று அறிவிக்கப்படுகிறது, மற்றும் கம்பெனியின் மருத்துவ பரிசோதனாளர் உறுதியளிக்கப்பட வேண்டிய ஆயுத்தாரர்/ஆயுத்தாரர்களின் ஆரோக்கிய நிலை மற்றும் பழக்கங்கள் பற்றிய தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் நான்/நாங்கள் எந்த தகவல்களையும் கூறாமல் அல்லது பொருளின் உண்மைகள் மறைக்கவில்லை. நான்/நாங்கள் இன்ஷூரன்ஸ் ஆலோசகர், மருத்துவ பரிசோதகர் அல்லது ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் வைப் இன்சுரன்ஸ் லிமிடெட்டின் மற்ற எந்த நபரிடம் இந்த விண்ணப்பத்தில் உள்ள பதில்கள் மற்றும் அறிக்கைகளை எந்த விதத்திலும் மாற்றம் செய்யவில்லை. நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கப்படும் ஆயுத்தாரர்/ஆயுத்தாரர்களின் ஆரோக்கிய நிலையில் ஏற்படும் எந்த மாற்றத்தையும் அல்லது பரிந்துரையில் கையொப்பமிட்டு பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்வதற்குள் அவர்/அவர்களது வேலையை பற்றி கம்பெனிக்கு தெரிவிக்க உறுதியளிக்கப்படுகிறது. ஒருவேளை ஏதாவது தவறான அறிக்கை அல்லது பொருள் தகவல் மறைக்கப்பட்டு அல்லது ஆரோக்கியத்தின் மாற்றம் கம்பெனிக்கு தெரிவிக்கவில்லை என்றால், பாலிசியின் கீழ் கோரிக்கையை நிராகரிக்கும் உரிமை கம்பெனிக்கு உண்டு என்பது எனக்கு/எங்களுக்கு புரிகிறது. பாலிசி போலியான/திருத்தப்பட்ட ஆவணம் மற்றும்/அல்லது ஆதாரங்களின் அடிப்படையில் பரிந்துரை செய்யப்பட்டது என்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டால், பாலிசி செல்லுபடியாகாது. எனக்கு/எங்களுக்கு பரிந்துரை படிவத்தில் வழங்கப்பட்ட கம்பெனியால் பிரகரிக்கப்பட நன்மைகளின் விளக்கங்களை நான்/நாங்கள் படித்து மற்றும் கொள்ளப்பட்டது என்பதை என்னால்/எங்களால் உறுதியளிக்கப்படுகிறது. என்னால்/எங்களால் விதிமுறை மற்றும் நிபந்தனை உட்பட பாலிசியின் கீழ் அளிக்கப்படும் பீரியம் மற்றும் நன்மைகள் பொருத்தமான சட்டத்திற்கு இணங்க மாறுதலுக்கு உட்பட்டது என்பதும் புரிந்துகொள்ளப்பட்டது. பீரியம் நம்பகமான ஆதாரங்களிலிருந்து கட்டப்படும் என்பது என்னால்/எங்களால் உறுதியளிக்கப்படுகிறது. கோரிக்கைகள் செய்வதற்கு தவறான வழியை பயன்படுத்த மாட்டேன் என்பதை நான்/நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம். ஒருவேளை நான்/நாங்கள் அதை செய்தால் கம்பெனி ஒப்புபத்தனை நிராகரிக்கும் என்பதையும் நான்/நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம்.

நான்/நாங்கள் ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் வைப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டின், காப்பீடு செய்யப்படும் ஆயுத்தாரர்/ஆயுத்தாரர்களின் ஒட்டுமொத்த நிலையை ஆரோக்கிய நிலையை ஸ்கிரீனிங்/உறுதி செய்தல்/மறு உறுதி செய்தலுக்கு மருத்துவ பரிசோதனை மூலம் பாக்கியிதர/வரலர்/பங்கம் தொற்றுக்களை கண்டுபிடிக்க இந்த பரிசோதனை உட்பட பரிசோதனைக்கூட பரிசோதனைகள், கார்டியாலஜி, ரேடியாலஜி பரிசோதனைகள் உட்பட மற்ற மருத்துவ பரிசோதனைகள் நடத்துவதற்கு அனுமதியளிக்கிறோம். நான்/நாங்கள் இதன்படி எவ்வாறு முறையில் எஜ்ஜிவி 1/2 பரிசோதனைக்குப்படுவதற்கு என்னுடைய எங்களுடைய ஒப்புதல் அளிக்கப்படுகிறது. எனக்கு/எங்களுக்கு இந்த பரிசோதனை ஸ்கிரீனிங் நோக்கத்திற்கு மட்டும் தான் மற்றும் எஜ்ஜிவி/ஏப்டல்லை உறுதி செய்வதற்கு அல்ல என்பது புரிகிறது. ஆயுள் காப்பீட்டிற்கான எனது பரிந்துரையை ஏற்றுக்கொள்ள, நிராகரிக்க, அல்லது மாற்ற திட்டம் அளிக்க கம்பெனிக்கு உரிமை உள்ளது.

எந்த நேரத்திலும் கம்பெனி இந்த பரிந்துரையின் கீழ் பொறுப்பை மதிப்பீடு செய்வதற்கு ஏற்ப, நான்/நாங்கள் உத்தகால மற்றும் தற்போதைய முதலாளி/முதலாளிகள்/தொழில் கூட்டாளிகள்/மருத்துவர்கள்/மருத்துவமனை மற்றும் மருத்துவ ஆதாரம்/ஆயுள் மற்றும் ஆயுள் அல்லாத காப்பீடு கம்பெனி/அல்லது அமைப்பின் மருத்துவ பரிசோதனை மற்றும் ஆயுள் மற்றும் ஆயுள் அல்லாத இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி/அல்லது ஆயுள் காப்பீட்டு கட்டமைப்பின் மருத்துவ பரிசோதனைக்கு இப்படிப்பட்ட விவரங்கள் மற்றும் பொருத்தமானதாக கருதப்படும் வேலை வாப்பீடு/தொழில் அல்லது மற்ற விவரங்களின் பதிவேடுகளை வெளியிட அனுமதியளிக்கப்படுகிறது. ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் வைப் இன்சுரன்ஸ் கோ. லிட். எனக்கு/எங்களுக்கு விருத்தி செய்வது தொடர்பான பொருட்கள் மற்றும் சேவைகள் அளிப்பதற்கான என்னை/எங்களை பற்றிய தகவல்களை கேட்கக்கூடாது. பாலிசி புழக்கப்பட்ட பின்னர் பொருத்தமான வழக்காட்டி மற்றும் பொருள் வகையின் படி பொருத்தம் காக்கும் காலம் இருக்கும் என்பதற்கு இன்னும் நான்/நாங்கள் சம்மதிக்கிறோம். விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள் உட்பட பாலிசியின் கீழ் அளிக்கப்படும் பீரியம் மற்றும் பலன்கள் பொருத்தம் சட்டத்திற்குட்பட்டு மாற்றப்படலாம் என்பதை நான்/நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம். இந்த படிவம் என்/எங்கள் ஆயுள்/ஆரோக்கிய பாலிசி ஒப்புபத்தின் ஒரு பகுதியாக இருக்கும்.

ஆயுத்தாரரின் கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை

பாலிசிதாரரின் கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை

தேதி: DD MM YYYY

இடம்: _____

ஆயுத்தாரர் இல்லையென்றால்

அறிவிப்பு

பாலிசிதாரர் படிக்காதவராக அல்லது ஏதாவது இயலாமையால் அவதிப்பட்டு அதன் காரணமாக எழுத முடியவில்லை என்றால், அல்லது பாலிசிதாரர் வேறு மொழியில் கையொப்பமிட்டிருந்தால் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் குறிப்பு: கீழே உள்ளது ஆலோசகர்/கம்பெனியின் பணியாளர் அல்லாத வேறு ஒருவரால் சாட்சியளிக்கப்பட வேண்டும்.

நான் விண்ணப்பித்திருக்கும் பொருள் மற்றும் பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள உட்பொருட்கள் பற்றி எனக்கு தெளிவாக விளக்கப்பட்டது மற்றும் நான் அவற்றை முழுமையாக புரிந்துகொண்டேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன். மேலும், பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள பதில்கள் என்னால் அளிக்கப்பட்ட தகவல்களின் படி பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளது என்பதை நான் உறுதியளிக்கிறேன்.

சாட்சி/படிவத்தை பூர்த்தி செய்யும் நபரின் முழு பெயர் _____ (பாலிசிதாரருடனான உறவுமுறை) _____

சாட்சி/படிவத்தை பூர்த்தி செய்யும் நபரின் கையொப்பம்

வேறு மொழியில் கையொப்பமும் ஆயுத்தாரர்/பாலிசிதாரர் கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை

தேதி: DD MM YYYY

இடம்: _____

தயவுசெய்து எங்களின் வாடிக்கையாளர் சேவை எண்ணை அழையுங்கள் 1860 266 7766 (உள்ளூர் தொலைபேசி கட்டணங்கள் பொருந்தும்.)
 கால் சென்டர் வேலை நேரம் காலை 9.00 மணியிலிருந்து இரவு 9.00 மணி வரை திங்கள் முதல் சனிக்கிழமை வரை. (தேசிய விடுமுறை நாட்களைத் தவிர)



தொடர்பு முகவரி
 ப்ருடென்ஷியல் லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் லிமிடெட்டின், வினோத் சிலக் மில்ஸ் காம்பவுண்ட், சக்ரவர்த்தி அசோக் நகர், அசோக் ரோடு, காந்திவிளி (கி), மும்பை 400 101.