

ஐசிஐசிஐ ப்ரு ஹெல்த் சேவர்- ஹெல்த் சேவிங்ஸ் பயன்தொகை கோரும் படிவம்



சாட்சியின் அங்கீகாரம்:

முன்மொழிபவர் படிப்பறிவற்றவராக இருந்தால் அல்லது ஏதேனும் உடல்நல செயலிழப்பால் எழுதுவது கஷ்டமாக இருந்தால் அல்லது முன்மொழிபவர் பிராந்திய மொழியில் கையெழுத்திட்டிருந்தால் உரித்தாகும். (குறிப்பு. கீழ்க்கண்டவை ஆலோசகர்/ நிறுவனத்தின் ஊழியர் அல்லாத இதர நபரால் அங்கீகரிக்கப்பட வேண்டும்.)
நான்/நாங்கள் இந்த படிவத்தில் உள்ள விஷயங்கள் எனக்கு/எங்களுக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளன மற்றும் நான்/நாங்கள் அவற்றைப் புரிந்த கொண்டுள்ளேன்/ளோம் என சான்று அளிக்கிறோம். மேலும் நான்/நாங்கள் இந்த படிவத்தில் அளிக்கப்படும் பதில்கள் என்னால்/எங்களால் அளிக்கப்படும் தகவலின்படி பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளன என்பதற்கு சான்று அளிக்கிறேன்/றோம்.

நான் திரு/செல்வி/திருமதி _____ (சாட்சியின் பெயர்) _____ ன் மகன்/மகள் மற்றும் ஆவேள் மற்றும் என் வசிப்பிட முகவரி _____ க்கு (முன்மொழிபவருடன் உறவுமுறை) ஆன நான் திரு/செல்வி/திருமதி----- (ஆயுள் காப்பீடு செய்து கொள்பவரின் பெயர்)-----க்கு இந்த படிவத்தின் அனைத்து உள்ளடக்கத்தையும் வாசித்துக் காட்டினேன் என்றும் அவர் அதனை புரிந்து கொண்டுள்ளார் என்றும் மற்றும் பாலிசியின் அனைத்து விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளை மற்றும் சட்டப் பிரிவை புரிந்து கொண்டுள்ளார் என இதன் மூலம் சான்றளிக்கிறேன். மேலே நான் குறிப்பிட்ட அனைத்தும் நான் அறிந்த வரை உண்மையானவை மற்றும் நம்பகமானவை என்று உறுதியளிக்கிறேன்.
இன்று _____ தேதியில் உறுதி செய்யப்படுகிறது.

முகவரி

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

அடையாளம் _____ அஞ்சல் எண் _____

சாட்சியின் தொடர்பு எண்

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

எஸ்டிடி _____ வீடு _____ எஸ்டிடி _____ அலுவலகம் _____ எக்ஸ்டென்ஷன் _____ ஐஎஸ்டி _____ மொபைல் _____

தேதி

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 சாட்சியின் கையெழுத்து _____ முன்மொழிபவரின் கையெழுத்து/கைப்பெருவிரல் ரேகை _____

* ஏற்படக்கூடிய செலவுகள் மற்றும் தேவைப்படும் ஆவணங்கள்:

1. மருத்துவ காப்பீட்டின் கீழ் உட்படும் வரம்பை தாண்டிய மருத்துவமனை செலவுகள்	மருத்துவமனை பில்லின் போட்டோ காப்பிகள் + மருத்துவ காப்பீட்டு நிறுவனத்தின் உறுதிமொழி
2. மருத்துவ காப்பீட்டுக்கு உட்படாத மருத்துவமனை செலவுகள்	அசல் பில்கள் + வாடிக்கையாளரிடமிருந்து உறுதிமொழி
3. மருத்துவ காப்பீட்டுக்கு ஒரு பாகமாக உடன் செலுத்தப்படுபவை	மருத்துவமனை பில்களின் போட்டோ காப்பிகள் + வாடிக்கையாளரிடமிருந்து உறுதிமொழி (ஐசிஐசிஐ ப்ரு படிவம்) + உடன் செலுத்தப்படுவதை தெளிவாகக் குறிப்பிடும் விதத்தில் மருத்துவ காப்பீட்டு நிறுவனத்திடம் இருந்து உறுதிமொழி
4. மருத்துவ மற்றும் ட்ரக்குகள் + மருத்துவ கருவிகள், நோய் கண்டறியும் செலவுகள், பல் வைத்திய செலவுகள், மருத்துவர் வருகைகள்	அசல் பில்கள் + வாடிக்கையாளரிடமிருந்து உறுதிமொழி (ஐசிஐசிஐ ப்ரு படிவம்)

மின்னணு பணம் செலுத்தும் வசதி (உங்களின் வங்கி கணக்கிற்கு நேரடியாக பணத்தை மாற்றுவதில் தயவுசெய்து ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலைகளை சமர்ப்பிக்கவும்/இந்த படிவத்துடன் காசோலையின் நகலை இணைக்கவும்).

வங்கி கணக்குதாரர்: _____ (வங்கி கணக்கில் உள்ளது போல்) _____

வங்கியின் பெயர்: _____

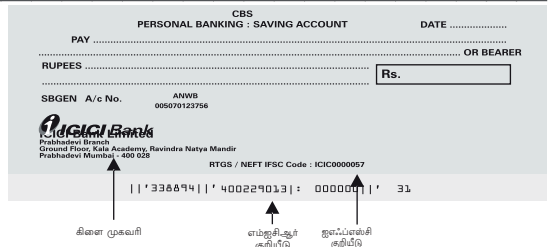
கிளையின் பெயர் _____ மற்றும் முகவரி _____

சிபிஎஸ் கணக்கு எண் _____

எம்ஐசி-ஆர் குறியீடு _____

(வங்கி அளித்துள்ள செக்கில் 9 இலக்க கோட் பாருங்கள். எம்ஐசி-ஆர் கோட் சரிபார்க்க தயவுசெய்து ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை நகலை இணைப்புகள்)

கணக்கு வகை சேமிப்பு கணக்கு நடப்பு கணக்கு



இந்த படிவத்தில் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டுள்ள பணம் வழங்கப்படும் முறை, கோரிக்கைதாரருக்கு நிறுவனத்தால் வழங்கப்படும் அனைத்து பணம் வழங்குதலை (களை) செய்ய பயன்படுத்தப்படும். பணம் வழங்கப்படாதபட்சத்தில் பாலிசியின் விதிகள் மற்றும் நிபந்தனைகளைப் பொறுத்தவை. மேலும் மின் அணு முறையில் வழங்கப்படும் முறையை தேர்ந்தெடுப்பதற்கு பதில் டிமாண்ட் டிராஃப்ட்/ சம மதிப்பிலான காசோலை வழங்கப்படும் போன்ற ஏதேனும் மாற்று வழங்குதல் முறையை தேர்ந்தெடுக்கவும் நிறுவனத்துக்கு உரிமை உண்டு. ஐஎஃப்சி கோடை வழங்கும் பொறுப்பு வாடிக்கையாளரை சார்ந்தது. ஆர்டிஐஎல்-க்கான ஐஎஃபஎஸ்சி கோட் மற்றும் என்எஃஃப்டிக்கான ஐஎஃபஎஸ்சி கோட் வித்தியாசமாக இருக்கலாம்.
முழுமையற்ற/தவறான தகவல் காரணமாக என் வங்கி கணக்கில் பணம் வரவு வைக்காமல் இருந்ததற்காக அல்லது பரிவர்த்தனை தாமதம் ஆனதற்கான அல்லது செய்யப்படாமல் இருந்ததற்கான எதற்கும் நான் நிறுவனத்தை பொறுப்புக்கு உள்ளாக்க மாட்டேன்.

X
உடைமையாளரின் கையெழுத்து/கைப்பெருவிரல் ரேகை _____ இடம்: _____ தேதி: _____ DD/MM/YYYY _____

அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்(கிளை இயக்குதல்)

பாலிசி எண்: _____ தேதி

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

பாலிசிதாரரின் பெயர்: _____

அசல் ஆவணங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்டது: ஆம் இல்லை

பணியாளர் பெயர் மற்றும் குறியீடு: _____

ஸ்பார்க் கால் ஐடி: _____

முத்திரை மற்றும் நேரம்

© 2012, ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனிலிமிடெட். பதிவுபெற்ற முகவரி: ஐசிஐசிஐ ப்ரு லைஃப் டவர், 1089, அப்பாசாஹேப் மராத்தே மார்க், பிரபாதேவி, மும்பை-400025, பதிவு எண்- 105, காப்பீடு சுய விருப்பத்துக்கு உட்பட்டது. UIN-105N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

ஏதேனும் கேள்விகளுக்கு, வாடிக்கையாளர் சேவை எண் 1860 266 7766 எண்ணில் அழைக்கவும்.(உள்ளூர் கட்டணங்கள் உரித்தாகும்).
கால் சென்டர் நேரம் காலை 9 மணியிலிருந்து இரவு 9 மணி வரை- திங்கள் முதல் சனி வரை (தேசிய விடுமுறை நாட்கள் தவிர்த்து).



கடிதத் தொடர்பு முகவரி:
ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்., வினோத் சிலக் மில்ஸ் காம்பவுண்டு, சக்ரவர்த்தி அசோக் நகர், அசோக் ரோடு, காந்திவிலி (கிழக்கு), மும்பை 400 101.