தனிப்பட்ட ஆரோக்கிய அறிவிப்பு படிவம்

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

வழிகாட்டிகள்:

- காப்பீட்டு ஒப்பந்தம் மிகுந்த நம்பிக்கையுடன், முன்மொழிபவர் மற்றும் உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுட்காலத்தை நம்பி, இந்த படிவத்திலுள்ள கேள்விகளுக்கு தொடர்புடைய (பொருட்கள்) எல்லா உண்மையான பதில்களையும் அளிக்க வேண்டும்.
- பாலிசியை புதுப்பித்தல்/உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆரோக்கிய தொகை அதிகரிப்பு/கூடுதல் ரைடர்/ஆயுட்காலம் அதிகரிப்பு/ஆயுட்காலங்கள் இவற்றிற்கு உறுதியளிக்கப்பட்டது இறுதி தீமான ஒப்புதல் தேதி, அல்லது நிறுவனத்தால் முழு ப்ரீமியத் தொகை பெற்ற தேதி அல்லது பொருந்தக்கூடிய மாற்றியமைக்கப்பட்ட ப்ரீமியத்தொகை ஒப்புதல் பெற்ற பின் செயல்படும்.
- இந்த தனிப்பட்ட ஆரோக்கிய தீர்மானம் செல்லுப்படி காலம் மூன்று மாதங்களாகும்.
- ஆரோக்கிய தொகை அதிகரிப்பு/கூடுதல் ரைடர்/ உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுட்காலம் அதிகரிப்பு குறிப்பிட்ட பொருள் சார்ந்தது. மேலும் விவரங்களுக்கு தயவுசெய்து பாலிசி ஆவணத்தை பார்க்கவும்.

பாலிசி எண்.: .... **தேதி:** DD/MM/YYYY

ஆயுள் உறுதியளிக்கப்பட்டவரின் பெயர்: ....
(குடும்ப ப்ளோட்டர் திட்டத்தின் முக்கிய ஆயுள்) முதல் பெயர் நடு பெயர் கடைசி பெயர்

பாலிசிதாரரின் பெயர்: ....
முதல் பெயர் நடு பெயர் கடைசி பெயர்

முகவரி: ....

நகரம்: .... மாநிலம்: .... நாடு .... அஞ்சல் எண் ....

எஸ்டிடி குறியீட்டுடன் தொலைபேசி எண்: .... **மொபைல் எண்:** ....

ஈமெயில்: ....

பாலிசி தொடக்க தேதி: DD/MM/YYYY **முக்கிய ஆயுள்தாரர் பிறந்த தேதி** (குடும்ப ப்ளோட்டர் திட்டம்): DD/MM/YYYY

நான், இதன்படி விண்ணப்பம் செய்வது (தயவுசெய்து ஒன்றை மட்டும் டிக் செய்யவும்):

- ☐ பாலிசி புதுப்பித்தல் (குடும்ப ப்ளோட்டர் திட்டத்திற்கு, தயவுசெய்து எல்லா ஆயுட்தாரரின் விவரமும் பகிர்ந்துக்கொள்ளவும்)
- ☐ எனது உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆரோக்கிய/ரைடர் தொகையை ரூ. ______________ யிலிருந்து ரூ. ______________ ஆக அதிகரிக்கவும் (குறிப்பிட்ட திட்டங்களுக்கு அனுமதிக்கப்பட்டது)
- ☐ கூடுதல் ரைடர் (சில திட்டங்களுக்கு அனுமதிக்கப்பட்டது)
- ☐ உறுதியளிக்கப்பட வேண்டிய கூடுதல் ஆயுள்தாரர்/ஆயுள்தாரர்கள் (குடும்ப ப்ளோட்டர் திட்டத்தில்)

1. உறுதியளிக்கப்பட வேண்டிய ஆயுள்தாரர் / ஆயுள்தாரர்கள் (இருக்கும் பாலிசியில் உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுள்தாரர் சேர்க்கப்படும் போது தான் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

	துணைவர்	குழந்தை 1	குழந்தை 2	குழந்தை 3
a) பெயர்				
b) பிறந்த தேதி:	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
c) பாலினம்	☐ ஆண் ☐ பெண்	☐ ஆண் ☐ பெண்	☐ ஆண் ☐ பெண்	☐ ஆண் ☐ பெண்
d) திருமண தகுதி				
e) தேசியம்	☐ இந்தியர் ☐ இந்தியர் அல்ல	☐ இந்தியர் ☐ இந்தியர் அல்ல	☐ இந்தியர் ☐ இந்தியர் அல்ல	☐ இந்தியர் ☐ இந்தியர் அல்ல
f) குடியிருப்பு தகுதி	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N	☐ I ☐ N
g) வயது அத்தாட்சி				
h) கல்வி				
i) கல்வி தகுதி				
j) தொழில்				
k) நிறுவன வகை				
l) நிறுவனம் பெயர்				
m) பணி அனுபவம்				
n) ஆண்டு வருமானம்				

d) **U**-மணமாகாதவர்; **M**-மணமானவர்; **W**-விதவை; **D**-விவாகரத்தானவர்

f) **I** - ரெசிடண்ட் இந்தியன், **N** - நான்-ரெசிடண்ட் இந்தியன்

g) பாஸ்போர்ட் - **PSPT;** டிரைவிங் லைசன்ஸ் - **DL;** பள்ளி/கல்லூரி சான்றிதழ் - **SC;** மற்றவை - தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்

h) படிக்கவில்லை - UEDU; 10வது கீழ் - SSC; 10th - **SSC;** 12th - **HSC;** பட்டதாரி - **GRAD;** முதுகலை பட்டம்- **PGD;** டிப்ளமா - DIP

i) மேனேஜர் - **M;** சார்டர்ட் அக்கௌண்டண்ட் - **C;** டாக்டர் - **D;** எஞ்சினியர் - **E;** வக்கீல் - **L;** மற்றவை (குறிப்பிடவும்)

j) சம்பளம் - **SP;** பிசினஸ் - **BSEM;** வல்லுனர் - **PROF;** மாணவர் - **STDN;** இல்லத்தரசி - **HSWF;** ஓய்வு அல்லது பென்ஷன் - **RETD;** சுய தொழில் - **SELF;** விவசாயம் - **AGRI;** மற்றவை - **OT**

k) எம்என்சி; பப்ளிக் லிட்; பிரைவேட் லிட்; பங்காளர் அல்லது உரிமையாளர்; அரசு; டிரஸ்ட்; மற்றவை (குறிப்பிடவும்)

2. சேர்க்கப்பட வேண்டிய ரைடர் விவரம்

ரைடர் பெயர்	காலம் (வருடங்கள்)	உறுதி தொகை (ரூ.)	ப்ரீமியம் (ரூ.)

3. உறுதியளிக்கப்பட வேண்டிய ஆயுள்தாரர்/ஆயுள்தாரர்கள் தனிப்பட்ட விவரம்

**ஒற்றை ஆயுள் திட்டத்திற்கு முக்கிய ஆயுளின் கீழ் மட்டும் நிரப்பவும். குடும்ப ப்ளோட்டர் திட்டத்திற்கு எல்லா ஆயுள்தாரர்களின் விவரமும் நிரப்பவும்.*

	முக்கிய ஆயுள்	துணைவர்	குழந்தை 1	குழந்தை 2	குழந்தை 3
A. உயரம் (செ.மீ)					
B. எடை (கி)					

முக்கிய ஆயுள் துணைவர் குழந்தை 1 குழந்தை 2 குழந்தை 2

ஆம் இல்லை ஆம் இல்லை ஆம் இல்லை ஆம் இல்லை ஆம் இல்லை

C. வாழ்க்கை தரம் விவரம்

i உங்கள் தொழில் ஏதாவது குறிப்பிட்ட அபாயத்துடன் இணைந்ததா (உதா, இரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கம், வெடிமருந்து, கதிரியக்கம், அரிக்கும் இரசாயனம், உயரத்தில் வேலை செய்வது, முத்துக்குளித்தல் போன்றவை)?

ii நீங்கள் இராணுவம், துணைப்படை, காவல்துறையில் வேலை செய்கிறீர்களா?

iii நீங்கள் ஏதாவது ஆபத்தான செயல்கள் அல்லது பொழுது போக்கில் ஈடுபடுகிறீர்களா?

iv நீங்கள் எப்போதாவது புகையிலை, மது, போதை பொருள் உட்கொண்டதுண்டா? (ஆம் என்றால், தினசரி அளவு உட்கொண்ட வருடங்களின் எண்ணிக்கையை ஒரு தனி தாளில் குறிப்பிடவும்).

D. ஆரோக்கிய விவரம்

i உங்களுக்கு ஏதாவது பிறவி கோளாறு/அசாதாரண தன்மை உண்டா?

ii உங்களுக்கு அங்கவீனம்/ஊனம் இருக்கிறதா? அல்லது நடமாடுவதர்கு இயந்திர/மற்ற துணை தேவையா?

iii கடந்த ஐந்து ஆண்டுகளில் உங்களுக்கு நோய், அல்லது காயம் ஏற்பட்டு 2 நாட்கள் அல்லது தற்கு மேல் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டதுண்டா அல்லது 7 நாட்கள் அல்லது அதற்கு மேல் சிகிச்சை பெற்றதுண்டா அல்லது அறுவை சிகிச்சை அல்லது டயக்னாஸ்டிக் பரிசோதனை (மேமோகிராம் மற்றும் பாப் ஸ்மியர்) அல்லது மருத்துவ பரிசோதனைகள் அசாதாரண முடிவுகளுடன் இருந்து, அல்லது ஏதாவது பரிசோதனை, அல்லது விசாரணை அல்லது அறுவை சிகிச்சைக்கு பரிந்துரைக்கப்பட்டதுண்டா?

iv நீங்கள் புற்றுநோய், புற்றுக்கட்டி, கட்டி அல்லது வேறு ஏதாவது வளர்ச்சியை பற்றி கேள்விப்பட்டதுண்டா அல்லது மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டு சிகிச்சை பெற்றதுண்டா?

v ஏதாவது நோய்/காயம்/வுபத்திற்கு ஒரு வாரத்திற்கு மேல் சிகிச்சை/மருந்துகள் தேவைப்பட்டதுண்டா?

vi கடந்த 2 ஆண்டுகளில் தொடர்ந்து 2 நாட்களுக்கு மேல் மருத்துவ அடிப்படையில் விடுப்பு எடுத்ததுண்டா?

E. பின்வருபவை ஏதாவது இருந்ததா அல்லது இருக்கிறதா:

(a) நீரிழிவு நோய்/உயர் இரத்த அழுத்தம்

(b) உயர்/குறைவான பிபி (இரத்த அழுத்தம்)

(c) பார்வை கோளாறு, அல்லது பேச்சில், கேட்பதில் அல்லது காதில் கசிவு உட்பட கண், காது, மூக்கு, தொண்டை கோளறுகள்.

(d) கடந்த 6 மாதங்களில் 10 கிலோ அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட எடை மாற்றம்?

(e) மூளை, மனம்/மன நலம் சார்ந்த நோய், பார்கின்சனிஸம், மல்டிபல் ஸ்கிளிரோஸிஸ், நரம்பு மண்டல, ஸ்ட்ரோக், பாரிச வாயு, அல்லது வலிப்பு தொடர்பான அறிகுறி/நோய்கள்.

(h) மூட்டு வலி போன்ற தசைக்கூட்டு கோளாறுகள், திரும்ப வரும் முதுகு வலி, ஸ்லிப் டிஸ்க், அல்லது வேறு ஏதாவது முதுகு தண்டு மூட்டு, அல்லது குஷ்டரோகம் சம்பந்தமான கேளாறுகள்.

(i) நீங்கள் அல்லது உங்கள் துணைவர் ஹெப்படைட்டிஸ் பி அல்லது சி, எச்ஐவி/ஏய்ட்ஸ் அல்லது வேறு ஏதாவது பாலியல் தொற்று நோய்க்கு பரிசோதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

(j) மார்பு வலி, படபடப்பு, முடக்குவாத காய்ச்சல், ஹார்ட் மர்மர், ஹார்ட் அட்டாக், மூச்சு விடுவதில் சிரமம், அல்லது வேறு இதயம் சம்பந்தமான கோளாறுகள்.

(k) சிறுநீரகம், சிறுநீர்ப்பை, பிராஸ்டேட், விரை, அண்டகோசம், அல்லது வேறு சிறுநீர் சம்பந்தப்பட்ட கோளாறு சம்பந்தப்பட்ட அறிகுறி/நோய்.

(l) இரைப்பை அழற்சி, வயிறு அல்லது சிறுக்குடல் புண், ஹெர்னியா, கல்லீரல் நோய், மஞ்சள் காமாலை, ஹெப்படைட்டிஸ், ஆசனவாய் புண், மூலம், அல்லது வேறு வயிறு-குடல் சம்பந்தமான கோளாறுகள்.

(m) தைராய்டு கோளாறு அல்லது வேறு நோய்கள் அல்லது சுரபிகள் கோளாறுகள்.

(n) ட்ஏலே குறிப்பிடப்படாத வேறு நோய்கள் அல்லது கோளாறுகள்.

F. பெண் ஆயுள்தாரர் மட்டும் (பொருந்தாதவற்றை அடித்து விடவும்)

i தங்களுக்கு பெண் மருத்துவம் சம்பந்தமான பிரச்சனைகள் இருந்ததா/இருக்கின்றதா?

ii நீங்கள் தற்போது கர்ப்பவதியா? ஆம் என்றால், எத்தனை வாரங்கள் என்று குறிப்பிடவும்.

iii கருச்சிதைவு, கர்ப்பம் மருத்துவ ரீதியாக அகற்றல், அல்லது சிசேரியன் போன்ற பிரச்சனைகள்?

iv நீங்கள் இவற்றிற்கு பரிசோதனை, அல்லது சிகிச்சை அல்லது மருத்துவ ஆலோசனை, அல்லது மருத்துவரை சந்தித்தது உண்டா:

a) கர்ப்பவாய், கர்ப்பபை, ஓவரி(கள்) அல்லது பெண் உறுப்பு நோய் அல்லது கோளாறு, அசாதாரண இரத்த போக்கு, புற்று நோய், அல்லது அசாதாரண வளர்ச்சி உண்டா?

b) மார்பக கட்டி/கொப்பளம், பைப்ரோசிஸ்டிக் நோய், முலைக்காம்பு மாற்றம் அல்லது கசிவு, புற்றுநோய் அல்லது வளர்ச்சி போன்ற மார்பக நொய்கள் அல்லது கோளாறுகள்?

4. **ஒரு வேளை கேள்விகள் 3சி முதல் 3எப்-ற்கு பதில் ஆம் என்றிருந்தால், தயவுசெய்து பின்வரும் விவரங்களை ஒரு தனித் தாளில் அளிக்கவும்:**

(i) காப்பீடு செய்ய வேண்டிய ஆயுள்தாரார் பெயர்
(ii) சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரி
(iii) நோயின் பெயர்/சரியான கண்டுபிடிப்பு
(iv) கண்டுபிடிப்பின் முதல் தேதி
(v) அறிகுறியின் விவரம் (ஆரம்பம், கடுமை காலம்)
(vi) மருந்துச்சீட்டு மற்றும் மருந்து பட்டியல்
(vii) திட்டமிடப்பட்ட சந்திப்பு (இருந்தால்)

5. **பாலிசி வழங்கிய/கடைசியாக புதுப்பித்த தேதியிலிருந்து உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுள்தாரார் அவர் தொழில்/இருப்பிடம் /துணை தொழிலை மற்றியதுண்டா?**

ஆம் என்றால், தொழில் (உதா, இரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கம், வெடிமருந்து, அரிக்கும் இரசாயனம், போன்ற)/துணை தொழில் (உதா, பறப்பியல், பணம் செலுத்தும் பயணி தவிர, முத்துகுளியல், மலை ஏறுதல், எந்த வடிவிலும் ஒட்டப்பந்தயம் போன்ற) குறிப்பிட்ட ஆபத்து/அபாயத்துடன் இணைந்தது. தயவுசெய்து விவரம் அளிக்கவும்: ....

6. **இந்த பாலிசி/கடைசி புதுப்பித்தல் தேதிக்கு பிறகு, ஐசிஜசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் அல்லது வேறு ஏதாவது காப்பீடு நிறுவனத்துடன் ஆயுள்தாராரின் உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுளின் காப்பீடு பாலிசி(கள்)யின் பரிந்துரை/புதுப்பித்தல் விண்ணபத்தின் நிலை என்ன?**

பாலிசி அல்லது பரிந்துரை எண்.	நிறுவனம் பெயர்	வழங்கிய வருடம்/ விண்ணப்பம்	மருத்துவ பாலிசி		ஆண்டு ப்ரீமியம் (ரூ.)	உறுதியளிக்கப்பட்ட அடிப்படை தொகை (ரூ.)	அடிப்படை திட்டம்- தீர்மானம் (தரம்/ அதிக ப்ரீமியத்துடன்/ ஒத்திவைக்கப்பட்டது/ நிராகரிக்கப்பட்டது/ பூர்த்தி செய்யப்படவில்லை)	ரைடர் மற்றும் தீர்மானத்தின் பெயரை குறிப்பிடவும் (தரம்/ அதிக ப்ரீமியத்துடன்/ ஒத்திவைக்கப்பட்டது/ நிராகரிக்கப்பட்டது/ பூர்த்தி செய்யப்படவில்லை)	செயல்படுகிறது/ காலாவதியானது காலாவதி/புதுப்பித்தல் விண்ணப்பித்த வருடத்தை குறிப்பிடவும்)
			ஆம்	இல்லை					

• இடம் போதவில்லை என்றால், தயவுசெய்து தனி தாளை இணைக்கவும்.

அறிவிப்பு மற்றும் அங்கீகாரம்:

நான்/நாங்கள் ஐசிஜசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் லைப் இன்சுரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டின் (இனிமேல் கம்பெனி என்று அறியப்படுவது) ஆலோசகர் விளக்கமளித்தபின் பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளுக்கு பதில் அளித்தேன்(தோம்), மற்றும் கேள்விகளின் தன்மை, ஆரோக்கியம் சம்ந்தப்பட்ட கேள்விகள் மற்றும் இப்படிப்பட்ட கேளிவிகளுக்கு பதில் அளிக்கும் போது எல்லா பொருள்களின் தகவல்களையும் அளிப்பதின் முக்கியத்துவம் முழுமையாக புரிந்துக்கொள்ளப்பட்டது. மேலும் நான்/நாங்கள் பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளுக்கு என்னால்/எங்களால் பதிலளிக்கப்பட்டது என்று அறிவிக்கப்படுகிறது, மற்றும் கம்பெனியின் மருத்துவ பரிசோதகரிடம் உறுதியளிக்கப்பட வேண்டிய ஆயுள்தாரார்/ஆயுள்தாரார்களின் ஆரோக்கிய நிலை மற்றும் பழக்கங்கள் பற்றிய தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் முழுமையானவை மற்றும் நான்/நாங்கள் எந்த தகவல்களையும் கூறாமல் அல்லது பொருளின் உண்மைகள் மறைக்கவில்லை. நான்/நாங்கள் இன்சூரன்ஸ் ஆலோசகர், மருத்துவ பரிசோதகர் அல்லது ஐசிஜசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் லைப் இன்சுரன்ஸ் லிமிடெட்டின் மற்ற எந்த நபரிடமும் இந்த விண்ணபத்தில் உள்ள பதில்கள் மற்றும் அறிக்கைகளை எந்த விதத்திலும் மாற்றம் செய்யவில்லை. நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கப்படும் ஆயுள்தாரார்/ஆயுள்தாரார்களின் ஆரோக்கிய நிலையில் ஏற்படும் எந்த மாற்றத்தையும் அல்லது பரிந்துரையில் கையொப்பமிட்டு பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்வதற்கு முன் அவர்/அவர்களது வேலையை பற்றி கம்பெனிக்கு தெரிவிக்க உறுதியளிக்கப்படுகிறது. ஒருவேளை ஏதாவது தவறான அறிக்கை அல்லது பொருள் தகவல் மறைக்கப்பட்டு அல்லது ஆரோக்கியத்தின் மாற்றம் கம்பெனிக்கு தெரிவிக்கப்பாவில்லை என்றால், பாலிசியின் கீழ் கோரிக்கையை நிராகரிக்கும் உரிமை கம்பெனிக்கு உண்டு என்பது எனக்கு/எங்களுக்கு புரிகிறது. பாலிசி போலியான/திருத்தப்பா ஆவணம் மற்றும்/அல்லது ஆதாரங்களின் அடிப்படையில் வழங்கப்படது என்பது கண்டுப்பிடிக்கப்பட்டால், பாலிசி செல்லுப்படியாகாது. எனக்கு/எங்களுக்கு பரிந்துரை படிவத்துடன் வழங்கப்பட்ட கம்பெனியால் பிரசுரிக்கப்பட நன்மைகளின் விளக்கங்களை நான்/நாங்கள் படித்து மற்றும் கொள்ளப்பட்டது என்பதை என்னால்/எங்களால் உறுதியளிக்கப்படுகிறது. என்னால்/எங்களால் விதிமுறை மற்றும் நிபந்தனை உட்பட பாலிசியின் கீழ் அளிக்கப்படும் ப்ரீமியம் மற்றும் நன்மைகள் பொருத்தமான சட்டத்திற்கு இணங்க மாறுதலுக்கு உட்பட்டது என்பதும் புரிந்துக்கொள்ளப்பட்டது. ப்ரீமியம் நம்பகமான ஆதாரங்களிலிருந்து கட்டப்படும் என்பது என்னால்/எங்களால் உறுதியளிக்கப்படுகிறது.

கோரிக்கைகள் செய்வக்தற்கு தவறான வழியை பயன்படுத்த மாட்டோம் என்பதை நான்/நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம். ஒருவேளை நாங்கள் அதை செய்தால் கம்பெனி ஒப்பந்தத்தை நிராகரிக்க்கும் என்பதையும் நான்/நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம்.

நான்/நாங்கள் ஐசிஜசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் லைப் இன்சுரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட், காப்பீடு செய்யப்படும் ஆயுள்தாரார்/ஆயுள்தாரார்களின் ஒட்டுமொத்த நிலையான ஆரோக்கிய நிலையை ஸ்கிரீனிங்/உறுதி செய்தல்/மறு உறுதி செய்தலுக்கு மருத்துவ பரிசோதனை மூலம் பாக்டீரியா/வைரஸ்/பங்கஸ் தொற்றுக்களை கண்டுப்பிடிக்க இரத்த பரிசோதனை உட்பட பரிசோதனைக்கூட பரிசோதனைகள், கார்டியாலஜி, ரேடியாலஜி பரிசோதனைகள் உட்பட மற்ற மருத்துவ பரிசோதனைகள் நடத்துவதற்கு அனுமதியளிக்கிறோம். நான்/நாங்கள் இதன்படி எச்ஜவி 1/2 பரிசோதனைக்குட்படுவதற்கு என்னுடைய/எங்களுடைய ஒப்புதல் அளிக்கப்படுகிறது. எனக்கு/எங்களுக்கு இந்த பரிசோதனை ஸ்கிரீனிங் நோக்கத்திற்கு மட்டும் தான் மற்றும் எச்ஐவி/ஏய்ட்ஸ்ஸை உறுதி செய்வதற்கு அல்ல என்பது புரிகிறது.

ஆயுள் காப்பீட்டிற்கான எனது பரிந்துரையை ஏற்றுக்கொள்ள, நிராகரிக்க, அல்லது மாற்று திட்டம் அளிக்க கம்பெனிக்கு உரிமை உள்ளது.

எந்த நேரத்திலும் கம்பெனி இந்த பரிந்துரையின் கீழ் பொறுப்பை மதிப்பீடு செய்வதற்கு ஏற்ப, நான்/நாங்கள் கடந்தகால மற்றும் தற்போதைய முதலாளி (கள்)/தொழில் கூட்டாளிகள்/மருத்துவர்கள்/மருத்துவமனை மற்றும் மருத்துவ ஆதாரம்/ஆயுள் மற்றும் ஆயுள் அல்லாத காப்பீடு கம்பெனி/அல்லது அமைப்பு/அல்லது ஆயுள் காப்பீட்டு கூட்டமைப்பின் மருத்துவ பதிவேடு கம்பெனிக்கு வெளியிட மற்றும் கம்பெனி எந்த ஆயுள் மற்றும் ஆயுள் அல்லாத இன்சுரன்ஸ் கம்பெனி/அல்லது ஆயுள் காப்பீட்டு கூட்டமைப்பின் மருத்துவ பதிவேட்டிற்கு இப்படிப்பட்ட விவரங்கள் மற்றும் பொருத்தமானதாக கருதப்படும் வேலை வாய்ப்பு/தொழில் அல்லது மற்ற விவரங்களின் பதிவேடுகளை வெளியிட அனுமதியளிக்கப்படுகிறது.

ஒருவேளை கம்பெனி இதை ஏற்றுக்கொண்டால், இந்த பரிந்துரை படிவம் ஆயுள் காப்பீடு ஒப்பந்தத்தின் ஒரு பகுதியாக இருக்கும்.

முக்கிய ஆயுள்தாரார்	துணைவர்	குழந்தை 1	குழந்தை 2	குழந்தை 3	பரிந்துரை செய்பவர் (காப்பீடு செய்யப்படும் ஆயுள்தாரராக இல்லாமல் இருந்தால்)
________	________	________	________	________	________

காப்பீடு செய்ய வேண்டிய ஆயுள்தாரார்/ஆயுள்தாரார்கள் (18 வயதிற்கு கீழ் உள்ள ஆயுள்தாரார்/ஆயுள்தாரார்களுக்கு தேவையில்லை) கையொப்பம்/கட்டைவிரல் ரேகை

ஆலோசகர் கையொப்பம் ________________ (உறுதியளிக்கப்படும் ஆயுள்தாரார் கட்டைவிரல் ரேகை அளித்திருந்தால், ஆலோசகர் அதற்கு சாட்சியளிக்க வேண்டும்).

தேதி DD/MM/YYYY .... இடம் ....

ஏற்பு சீட்டு

இது தனிப்பட்ட ஆரோக்கிய தீர்மான படிவத்தை பெற்றுக்கொண்டதற்கான ஏற்புச் சீட்டு

பாலிசி எண்: .... **தேதி:** DD/MM/YYYY ....

பெற்றுக் கொண்டவர் ....

முத்திரை
மற்றும்
நேரம்

அறிவிப்பு மற்றும் அங்கீகாரம்

காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938 பிரிவு 41 கூறுவது: ''உயிர் அல்லது உடைமைக்கு ஏற்படும் இடர்பாடுகளைக் கூறி, செலுத்த வேண்டிய கமிஷனை முழுமையாகவோ அல்லது பகுதியாகவோ தள்ளுபடி வழங்குவது அல்லது பாலிசியில் கூறப்பட்டுள்ள பிரீமியத் தொகையில் தள்ளுபடி வழங்குவது என்று எந்தவிதத்திலும் ஒருவரை காப்பீடு எடுக்கச் சொல்வது அல்லது புதுப்பிக்க சொல்வது அல்லது தொடரச் சொல்லி தூண்டும்விதமாக, நேரடியாக அல்லது மறைமுகமாக இந்தியாவில் யாரையும் அனுமதிக்கவோ அல்லது அனுமதி வழங்கவோ முடியாது. காப்பீட்டு நிறுவனம் வெளியிட்ட திட்ட அறிக்கை அல்லது பொருளடக்க அட்டவணையுடன் இணங்கி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடிகளைத் தவிர, வேறு எந்த தள்ளுபடியையும் பாலிசி எடுக்கும்போதோ அல்லது புதுப்பிக்கும்போதோ அல்லது தொடரும்போதோ யாரும் ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடாது. உங்களின் சொந்த வாழ்வில் எடுத்த லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கொள்கையை தொடர்புப்படுத்தி கமிஷன் வழங்குவதாக காப்பீட்டு முகவரால் ஒப்புக்கொண்டதை, இந்த துணை பிரிவின் அர்த்தமாக பிரிமியத்தை தள்ளுபடி செய்யும் ஒப்புதலாக கருதக்கூடாது, அது மாதிரியான ஒப்புதலின்போது காப்பீடு அளிப்பவரால் பணியமர்த்தப்பட்ட உண்மையான காப்பீட்டு முகவர், குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விதிமுறைகளை நிறைவுப்படுத்த வேண்டும்.(2) எந்த நபரும் இந்த பிரிவின் விதிகளின் அடிப்படையில் புகார் அளிக்கலாம், அது அபராதத்துடன் தண்டனைக்குறியது மேலும் அபராதமாக ஐநூறு ரூபாய்கள் வரை நீட்டிக்கப்படும்.''

பிரிவு 45: ''இந்த சட்டம் நடைமுறை வரும் முன்பு அல்லது சட்டம் நடைமுறைக்கு வந்த தேதியிலிருந்து காலாவதியான இரண்டு ஆண்டுகளுக்கு பிறகு எடுக்கப்பட்ட எந்த ஆயுள் காப்பீட்டு பாலிசியும் கருத்தில் எடுத்துக்கொள்ளப்படாது மேலும் இந்த சட்டம் நடைமுறைக்கு வருவதற்கு முன்னர் எடுத்த பாலிசியும் இது நடைமுறைக்கு வந்த தேதியிலிருந்து காலாவதியான இரண்டு ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு எடுத்த பாலிசியும் காப்பீட்டு வழங்கியவரின் கவனத்திற்கு உட்பட்டது. இந்த பாலிசியைப் பெறுவதற்கு உருவாக்கப்பட்ட அறிக்கை அல்லது மருத்துவரின் அறிக்கை அல்லது பரிந்துரைப்பாளர் அல்லது காப்பீடு பெற்றவரின் நண்பர் அல்லது காப்பீடு வழங்க காரணமான பிற எந்த ஆவணமானது போதுமான தகவல் இன்றி அல்லது தவறுதலாக இருக்கும் பட்சத்திலும், அது காப்பீடு வழங்கியவரின் கவனத்திற்கு வந்து ஆவணங்களை பாலிசிதாரர் துஷ்பிரயோகம் செய்திருப்பதாக காப்பீடு வழங்கியவர் அறியும் பட்சத்திலும், ஆவணத்தை உருவாக்கும்போதே தவறு நடந்திருந்தது என்று பாலிசிதாரர் தெரிந்திருக்கும்பட்சத்திலும் வயது குறித்த சான்றை எந்த நேரத்திலும் காப்பீடு வழங்குநர் கேட்டுப் பெறுவதற்கான உரிமையை இந்த பிரிவில் எதுவும் தடுக்காது. அவ்வாறு கேட்டுப் பெற்று சரிபார்த்து கொண்ட பிறகு, முறைகேடு எதுவும் நடக்கவில்லை என்று உறுதியான பிறகு பாலிசியின் கொள்கைகளின்படி பாலிசிதாரர் மீது எந்த சந்தேக உணர்வும் எழாது.

தீர்மானம்

பரிந்துரை செய்பவர் படிக்காதவராக அல்லது ஏதாவது இயலாமையால் அவதிப்பட்டு அதன் காரணமாக எழுத முடியவில்லை என்றால், அல்லது பரிந்துரை செய்பவர் 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 புரிந்துக்கொண்டேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

மேலும், பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள பதில்கள் என்னால் அளிக்கப்பட்ட தகவல்களின்படி பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளது என்பதை நான் உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் (சாட்சியின் பெயர்), ______________________, ______________________ மகன்/மகள், மற்றும் ______________________ வயது வந்தவர் மற்றும் வசிப்பவர்______________________குடியிருக்கும், மற்றும்______________________(பரிந்துரை செய்பவருக்கு உறவுமுறை) இதன்படி அறிவிப்பது என்னவென்றால், பரிந்துரை படிவத்தில் உள்ள உட்பொருட்கள் மற்றும் ஐசிஜிசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் லைப் இன்சுரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்டில் காப்பீடு பாலிசி பெறுவதற்கான மற்ற எல்லா தற்செயலான ஆவணங்களையும் திரு/திருமதி/குமாரி______________________க்கு படித்து காட்டி மற்றும் விளக்கினேன். மற்றும் அவர்/அவர்கள் அதை புரிந்துக்கொண்டு மற்றும் இதன்படி பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள் மற்றும் அதன் உறுப்புரையின் படி செயல்பட சம்மதிக்கப்பட்டது. மேலே என்னால் அறிவிக்கப்பட்டது எல்லாம் நான் அறிந்தவரையில் எனது நம்பிக்கைக்கு சிறந்தவி மற்றும் உண்மை மற்றும் சரியானவை என்று உறுதியளிக்கிறேன். இது முறைப்படி வலியுறுத்தப்பட்டது______________________.

______________________ (சாட்சியின் கையொப்பம்)

______________________ (பரிந்துரை செய்பவர் கையொப்பம்/கட்டைவிரல் ரேகை)

தேதி ....DD/MM/YYYY........

இடம் ....

அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்:

ஸ்பார்க் கால் ஐடி ....

தேதி: ....DD/MM/YYYY........

ஸ்கேனிங் கேபினட்..............................

பெற்றுக் கொண்டவர் ....

குறிப்புரை..............................

முத்திரை
மற்றும்
நேரம்

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

ICICI PRUDENTIAL
LIFE INSURANCE

தொடர்பு முகவரி:
ஐசிஜிசிஜ ப்ரூடென்ஷியல் லைஃப் இன்ஷ்யூரன்ஸ் கம்பெனி லிட், வினோத் சில்க் மில்ஸ் காம்பவுண்ட், சக்ரவர்த்தி அசோக் ரோடு, அசோக் நகர், காந்திவிலி (கிழக்கு) மும்பை - 400 101.