

விபத்துக் கூடுதல் காப்பீட்டுப் படிவம்

பாலிசிதாரரின் பெயர் : _____
 பாலிசி எண் : _____
 மேற்குறிப்புப் படிவ வேண்டுகோள் தேதி : _____
 பதிவுசெய்துள்ள முகவரி (பாலிசி ஆவணத்தில் உள்ளபடி) : _____
 பதிவுசெய்துள்ள தொடர்பு எண் (பாலிசி ஆவணத்தில் உள்ளபடி) : _____
 மின்னஞ்சல் முகவரி : _____

தயவுசெய்து ADB கூடுதல் உத்திரவாதமளிக்கிற தொகை
 ADDD கூடுதல் காப்பீட்டுப் படிவம் உத்திரவாதமளிக்கிற தொகை

- 1) மேற்படி காப்பீட்டிற்கான முன்மடிவை நிறுவனத்திடம் சமர்ப்பித்தத் தேதியில் இருந்து:
- A) நீங்கள் எந்தவொரு சுகவீனம்/விபத்தினால் அவதிப்பட்டிருக்கிறீர்களா அல்லது மருத்துவ நிபுணர் ஒருவரிடம் ஆலோசனை பெற்றிருக்கிறீர்களா: ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால், தயவுசெய்து விவரங்களைக் கொடுங்கள்: _____
- B) நீங்கள், இரத்தப் பரிசோதனை, எக்ஸ்-ரே, ஈசிஜி போன்றவை போன்ற நோய் கண்டறியும் பரிசோதனைகள் எதற்கும் உட்பட்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால், தயவுசெய்து விவரங்களைக் கொடுங்கள்: _____
- C) பொதுவான ஜலதோஷம் மற்றும் இருமல் தவிர வேறு எந்த உடல்நல நிலைமை காரணமாகவும், 5 நாட்களுக்கும் மேலாக நீங்கள் அலுவலகம்/பணியிலிருந்து ஓய்வு எடுக்க வேண்டியிருந்ததா? ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால், தயவுசெய்து விவரங்களைக் கொடுங்கள்: _____
- D) நீங்கள் இன்னமும் ஆலோசனை பெற்றிருக்காத நிலைமை/அறிகுறி எதுவும் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால், தயவுசெய்து விவரங்களைக் கொடுங்கள்: _____
- 2) தயவுசெய்து ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரின் பதவி உட்பட, தற்போதைய தொழில் விவரங்களைக் குறிப்பிடுங்கள்: _____

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்:

ஆயுள் உத்திரவாதம் பெறவுள்ளவரின் கையொப்பம்:

தேதி:

இடம்:

பொறுப்பு அறிவிக்கை

“இவ்வமைப்பின் பொருளடக்கங்களை மொழிமாற்றம் செய்வதில் முரண்பாடு எதுவும் ஏற்படுகிற நிகழ்வில், இந்தி / ஆங்கிலப் பதிப்பில் அச்சிட்ட அமைப்பே (அந்தந்த நிலைக்கு ஏற்ப) முதன்மையானதாக இருக்கும், இது IRDAI சுற்றறிக்கை எண்: IRDAI/ Life/ Life Council/ 2013/ 73 dated 29th April 2014”-க்கு ஏற்ப இருக்கும்