

காப்பீட்டுத்தன்மைச் சான்றிதழ் (உடல்நலம்)

ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றவர் நிரப்புவதற்கானது

பாலிசி எண்: _____

ஆயுள் முகவர்: _____

ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றவரின் பெயர்: _____

முன்மொழிபவரின் பெயர்: _____

மற்ற உத்திரவாதம் பெற்றவர்

இல்வாழ்க்கைத் துணை: _____

குழந்தை 1: _____

குழந்தை 2: _____

குழந்தை 3: _____

நீங்கள் கேள்வி எதற்கும் 'ஆம்' என்பதில் பதில் சொல்லியிருந்தால், தயவுசெய்து இவ்வினாவரிசையின் முடிவில் தந்துள்ள கட்டத்தில் முழு விவரங்களையும் வழங்குங்கள்

கேள்விகள்	முதன்மை ஆயுள்	இல்வாழ்க்கைத் துணை	குழந்தை 1	குழந்தை 2	குழந்தை 3
1. முகவரி (வசிப்பிடம்)					
1. முகவரி (வசிப்பிடம்)					
2. தொழில்					
2a. இந்த பாலிசிக்கு முன்மொழிந்த தேதியிலிருந்து, ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றவரின் தொழிலில் மாற்றம் எதுவும் இருந்திருக்கிறதா?	<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
2b. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர் தற்போது சுகவீனம் அல்லது காயத்தினால் ஊனமாக உள்ளாரா அல்லது எவ்வித உதவி அல்லது துணையில்லாமல் அதோடு காப்பீட்டிற்கு அவர் முன்மொழிந்த நேரத்தில் செய்து முடித்திருந்ததைப் போன்ற முழுமையாகவும், அதே விதத்திலும் வேலைகளைச் செய்து முடிக்க முடியாமல் இருக்கிறாரா?	<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
2c. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றவர் எப்போதாவது அல்லது தற்போது சுகவீனம், கோளாறு அல்லது ஊனம் அல்லது மேலே குறிப்பிட்டிராத அறுவைச் சிகிச்சையினால் அவதிப்பட்டிருக்கிறாரா அல்லது அவதிப்பட்டுக் கொண்டிருக்கிறாரா?	<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

<p>3. இன்னல் உண்டாக்கக்கூடிய விளையாட்டுச் செயல்பாடுகள் எதிலும் ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர் பங்கேற்கிறீர்களா அல்லது பங்கேற்கத் எண்ணிக்கொண்டுள்ளாரா உம். மலையேறுதல், மோட்டார் பந்தயம், பல்பியடித்தல், சறுக்குதல், போன்றவற்றில்?</p>	<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
<p>4. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர், இந்தப் பாலிசிக்காக மொன்மொழிந்த தேதியிலிருந்து, விடுமுறைக் காலங்களில் தவிர்த்து, வெளிநாடுகளுக்குப் பயணம் செய்திருக்கிறாரா அல்லது பயணம் செய்ய அல்லது அங்கு தங்கிக் கொள்ள எண்ணிக்கொண்டுள்ளாரா?</p>	<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
<p>5. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரின் உயரம் (செமீ). ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரின் எடை (கிகி). கடந்த உ மாதங்களில் எடையில் ஓ கிலோவிற்கு அதிகமாக மாற்றம் ஏற்பட்டிருக்கிறதா?</p>	<p>_____ செமீ _____ செமீ</p> <p>_____ கிகி _____ கிகி</p> <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<p>_____ செமீ _____ செமீ</p> <p>_____ கிகி _____ கிகி</p> <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<p>_____ செமீ _____ செமீ</p> <p>_____ கிகி _____ கிகி</p> <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<p>_____ செமீ _____ செமீ</p> <p>_____ கிகி _____ கிகி</p> <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<p>_____ செமீ _____ செமீ</p> <p>_____ கிகி _____ கிகி</p> <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
<p>6. 6a. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர் மது அல்லது நிக்கோட்டின் உட்கொள்கிறாரா?</p> <p>6b. கோக்கெய்ன், ஹெராயின், அல்லது மருத்துவர் ஒருவர் பரிந்துரைத்திருப்பதைத் தவிர்த்து மற்ற நாய்காட்டிக் மருந்துகள், மாரிஜுவானா, LSD, அல்லது ஆம்ஃபெட்டமீன் மருந்துகளை உபயோகித்திருக்கிறாரா?</p> <p>ஆம் என்றால், தயவுசெய்து மருந்து உபயோக வினாவரிசையை உபயோகியுங்கள்</p>	<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
<p>7. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரின் பெற்றோர்கள்/ சகோதரர்கள்/ சகோதரிகளில் எவராவது இதய நோய்கள், பக்க வாதம், உயர் இரத்த அழுத்தம், சர்க்கரை நோய், புற்றுநோய், சிறுநீரக நோய் அல்லது வாதம் அல்லது ஹண்டிண்டன்ஸ் நோய், சிறுநீரகத்தின் பாலிசிஸ்டிக் நோய் அல்லது பெருங்குடலின் குடும்ப பாலிப்போசிஸ் நோய் போன்ற மற்ற பரம்பரை / குடும்பக் கோளாறுகளினால் அவதிப்பட்டிருக்கிறார்களா அல்லது மரணமடைந்திருக்கிறார்களா?</p>	<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
<p>8. கடந்த ஓ ஆண்டுகளில்:</p> <p>8a. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர், மருத்துவர் அல்லது மற்ற உடல்நலப் பராமரிப்பு அளிப்பவரிடம், பொதுவான சளி, காய்ச்சல் அல்லது சளிக்காய்ச்சல் தவிர்த்து, ச நாட்களுக்கு மேலாக நீடிக்கிற சுகவீனத்திற்காக ஆலோசனை பெற்றிருக்கிறாரா?</p>	<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

<p>8b. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரிடம், சுகவீனம், நோய் அல்லது காயம் எதற்காவது ஆலோசனை பெற்றுக் கொள்ளும்படி சொல்லியிருக்கிறார்களா அல்லது அவரை கர்ப்பம், மகப்பேறு அல்லது வழக்கமான சோதிப்பிற்குத் தவிர்ந்து, ஒரு மருத்துவமனை அல்லது சிகிச்சை மையத்தில் ஒரு உள்நோயாளியாகச் சேர்த்திருக்கிறார்களா?</p> <p>8c. ஈசிலி, எக்ஸ்-ரே, இரத்தப் பரிசோதனை அல்லது மற்ற பரிசோதனைகளைச் செய்திருக்கிறாரா?</p>	<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
<p>9. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவரை, இதய நோய், உயரத்த அழுத்தம், சர்க்கரைநோய், சுவாசப் பிரச்சினை, காசநோய், செரிமானக் கோளாறு, சிறுநீரகப் பிரச்சினை, புற்றுக்கட்டி, மனநலக் கோளாறு அல்லது மகளிர் மருத்துவப் பிரச்சினை எதற்காகவும் எப்போதாவது பரிசோதனை செய்திருக்கிறார்களா அல்லது சிகிச்சையளித்திருக்கிறார்களா?</p>	<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
<p>10. ஆயுள் உத்திரவாதம் பெற்றுள்ளவர், எப்போதாவது அக்டோபர் இம்மூன் டி.ஃப்சியன்ஸி சிண்ட்ரோம் (எயிட்ஸ்) நோயிற்காக அல்லது எச்ஐவி வைரஸ் இருப்பதைச் சுட்டிக்காட்டுகிறதோர் பரிசோதனைக்காக ஆலோசனை பெற வேண்டியிருந்ததா?</p>	<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

பொறுப்பு அறிவிக்கை

“இவ்வமைப்பின் பொருளடக்கங்களை மொழிமாற்றம் செய்வதில் முரண் எதுவும் ஏற்படுகிற நிகழ்வில், இந்தி / ஆங்கிலப் பதிப்பில் அச்சிட்ட அமைப்பே (அந்தந்த நிலைக்கு ஏற்ப) முதன்மையானதாக இருக்கும், இது IRDAI சுற்றறிக்கை எண்: IRDAI/ Life/ Life Council/ 2016/ எஃ. dated 26 April 2016”-க்கு ஏற்ப இருக்கும்