

ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் சேர்ப்புப் படிவம்

பாலிசிதாரரின் பெயர்	:	_____		
பாலிசி எண்	:	_____		
தேதி	:	_____		
தொலைபேசி எண்	:	_____		
இ-மெயில் முகவரி	:	_____		
<p>கூடுதலாக ரைடர் சேர்த்தல்:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் பிரீமியத் தள்ளுபடி <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 2* </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ஐ-ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான வகை 2* <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்) </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் பிரீமியத் தள்ளுபடி <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 2*	<input type="checkbox"/> ஐ-ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான வகை 2* <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்)
<input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் பிரீமியத் தள்ளுபடி <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 2*	<input type="checkbox"/> ஐ-ஆபத்தான நோய்களுக்கான ரைடர் <input type="checkbox"/> பெண்களுக்கு ஏற்படும் ஆபத்தான நோய்களுக்கான வகை 2* <input type="checkbox"/> பெண்கள் ஆரோக்கியத்துக்கான ரைடர் வகை 1* <input type="checkbox"/> பிற (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்)			

- க) தற்போதைய தொழில்: _____
- a) பாலிசி வழங்கப்பட்ட தேதியில் இருந்து இதுவரை நீங்கள் உங்கள் தொழிலை மாற்றிக் கொண்டுள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- b) பாலிசிக்கான முன்மொழிவை நீங்கள் சமர்ப்பித்த நேரத்தில் இருந்ததைவிட இப்போது ஏதாவது நோயாலோ, உடல்நலக் கோளாறாலோ அல்லது காயத்தாலோ அல்லது வேறு எந்தவகையிலோ உங்களது கடமைகளை உபகரணங்கள் உதவியின்றி அல்லது பிறர் உதவியின்றி செய்ய முடியாமல் உள்ளீர்களா? அல்லது முழுமையாக ஊனம் அடைந்துள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- c) காப்புறுதி எடுத்தவர் தற்போது ஏதாவது நோய், உடல்நலக் கோளாறு, திறன் இழப்பு அல்லது ஊனத்தால் பாதிக்கப்பட்டு உள்ளாரா? அல்லது அறுவை சிகிச்சை ஏதும் நடந்துள்ளதா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- உ) பாலிசி வழங்கப்பட்டதில் இருந்து இதுவரை காப்புறுதி எடுத்தவர் விடுமுறைக்கால பயணமாக இல்லாமல் வேறு காரணங்களுக்காக வெளிநாடு சென்றுள்ளாரா? அல்லது ----- நாட்களுக்கு மேல் வெளிநாட்டில் தங்கி உள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- ஈ) உயரம்: [] செமீ. எடை: [] கிலோ.
கடந்த 2 ஆண்டுகளில் காப்பீடு எடுத்தவரின் எடை 5 கிலோவுக்கு மேல் அதிகரித்து உள்ளதா அல்லது குறைந்துள்ளதா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- ச) அ) காப்புறுதி எடுத்தவர் மது அருந்துகிறாரா மற்றும்/அல்லது சிகரெட்/பீடி பிடிக்கிறாரா அல்லது புகையிலை/நிகோடின் உள்ள வேறு பொருட்களைப் பயன்படுத்துகிறாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால், ஒரு வாரத்திற்கு என்ன அளவு/எத்தனை என்று தயவு செய்து குறிப்பிடவும்: _____
- மது [] புகைபிடித்தல்: []
- b) ஆ) பதிவுபெற்ற மருத்துவரின் பரிந்துரைப்படி இல்லாமல் வேறுவிதமாக காப்புறுதி எடுத்தவர் எப்போதாவது கொக்கைன், ஹெராயின் அல்லது வேறு ஏதாவது போதைப் பொருட்கள், மரிஜுவானா, எல்.எஸ்.டி அல்லது ஆம்/பிடாமின் பயன்படுத்தி உள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____

- 5) காப்புறுதி எடுத்தவரின் பெற்றோர்/சகோதரர்கள்/சகோதரிகள் இருதயநோய், பக்கவாதம், உயர் ரத்த அழுத்தம், நீரிழிவு, புற்றுநோய், சிறுநீரக நோய் அல்லது செயலிழப்பு அல்லது ஹன்டிங்க்டன்ஸ் நோய் போன்ற பரம்பரை/குடும்ப நோய், பாலிசிஸ்டிக் நோய், அல்லது குடலில் பரம்பரை பாலிபோசிஸ் போன்றவற்றால் இறந்துள்ளார்களா அல்லது தற்போது பாதிக்கப்பட்டு உள்ளார்களா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 6) கடந்த 5 ஆண்டுகளில் காப்புறுதி எடுத்தவர்:
- a) அ) சாதாரணமான ஜலதோஷம், காய்ச்சல் அல்லது இன்புளூயன்சா தவிர்ந்து 4 நாட்களுக்கு மேல் நீடித்த வேறு ஏதாவது நோய்களுக்கு பொது மருத்துவர் அல்லது பிற மருத்துவரைக் கலந்து ஆலோசித்துள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- b) ஆ) கர்ப்பம், பிரசவம் அல்லது வழக்கமான செக்கப்-அப் தவிர்ந்து வேறு ஏதாவது நோய்களுக்கு, உடல்கோளாறுகளுக்கு அல்லது காயத்திற்கு உள்நோயாளியாக இருந்து சிகிச்சை பெற பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளதா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- c) இ) இசிஜி, எக்ஸ்-ரே, ரத்தப் பரிசோதனை அல்லது வேறு பரிசோதனைகள் எடுத்துள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 7) இருதயக் கோளாறு, உயர்ரத்த அழுத்தம், நீரிழிவு, சுவாசமண்டலக் கோளாறு, காசநோய், செரிமானக் கோளாறு, சிறுநீரகக் கோளாறு, மூளைக்கட்டி அல்லது மனநலக் கோளாறு ஆகியவற்றுக்காக பரிசோதனைக்கு எப்போதாவது சென்றுள்ளாரா அல்லது சிகிச்சை எடுத்துள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 8) காப்புறுதி எடுத்தவர் எப்போதாவது ஏமக்கொள் குறை நோய்க்கு (எய்ட்ஸ்) ஆலோசனை பெற்றுள்ளாரா அல்லது ஹெச்.ஐ.வி. வைரஸ் இருக்கிறதா என்று பரிசோதனை செய்துள்ளாரா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 9) பாலிசி வழங்கப்பட்ட தேதியில் இருந்து காப்புறுதி எடுத்தவருக்கான இன்சூரன்ஸ் முன்மொழிவு அல்லது பாலிசியை மீண்டும் புதுப்பித்தல் அல்லது ஹெல்த் இன்சூரன்ஸ் ஏகான் ஆய்வு காப்பீட்டு கம்பெனி லிமிடெட் அல்லது வேறு ஏதாவது இன்சூரன்ஸ் கம்பெனியால் தள்ளிப்போடப்பட்டுள்ளதா, திருத்தப்பட்டுள்ளதா அல்லது மதிப்பிடப்பட்டுள்ளதா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 10) காப்புறுதி எடுத்தவரின் இன்சூரன்ஸ் முன்மொழிவு ஏதாவது தற்போது ஏகான் ஆய்வு காப்பீட்டு கம்பெனி லிமிடெட்டில் அல்லது ஏனைய இன்சூரன்ஸ் கம்பெனியில் நிலுவையில் உள்ளதா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____
- 11) காப்புறுதி எடுத்த பெண்களுக்கு மட்டும்:
- அ) தற்போது நீங்கள் கர்ப்பமாக உள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால், கர்ப்பத்தின் கால அளவைக் குறிப்பிடவும் (வாரங்களில்) : _____
- ஆ) கர்ப்பம் தொடர்பான ஏதாவது கோளாறுகள் அல்லது பெண்களுக்கு என்றே வரும் நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா அல்லது அதற்காக பரிசோதனை மேற்கொண்டீர்களா? அல்லது அவற்றுக்காக சிகிச்சை எடுத்து வருகிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- ஆம் என்றால் தயவுசெய்து அது குறித்த விவரங்களைத் தரவும்: _____

மேற்சொன்ன கேள்விகளுக்கு நான் அளித்துள்ள பதில்கள் உண்மையானவை, முழுமையானவை மற்றும் சரியானவை என நான் உறுதி அளிக்கிறேன்.

நான் இவற்றுக்குச் சம்மதிக்கிறேன்:

க) இந்த முன்மொழிவுக்கான தேதியைத் தொடர்ந்து இந்த முன்மொழிவு எந்தவித மாற்றமும் இன்றி காப்புறுதி எடுப்பவரின் இன்சூரன்சுக்காக கம்பெனியால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டு, நடைமுறைக்கு வரும்வரை இதனை நான் சமர்ப்பித்துவிட்ட காரணத்தினால் அல்லது இந்த ரைடருக்காக பிரிமீயத் தொகையை நான் செலுத்தி உள்ளேன் என்பதனால் ஏகான் ஆயுள் காப்பீட்டு கம்பெனி லிமிடெட் (கம்பெனி) எந்தப் பொறுப்பையும் ஏற்காது.

உறுதிமொழி:

உ)இந்த முன்மொழிவில் சொல்லப்பட்டுள்ள தகவல்கள், கம்பெனி இந்த முன்மொழிவை மதிப்பீடு செய்வதில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தக்கூடிய உண்மைத் தகவல்களாக இருப்பதால், அத்தகைய தகவலைத் தெரிவிக்கத் தவறுவது என்பது முன்மொழிவைத் தொடர்ந்து ஏற்படும் ஒப்பந்தம் கம்பெனியின் முடிவிற்படி செல்லாததாகிவிடும் என்பதை நான் புரிந்து கொண்டுள்ளேன்.

பாலிசிதாரரின் கையொப்பம்: _____

தேதி:

தே	தே	மா	மா	வ	வ	வ	வ
----	----	----	----	---	---	---	---

இடம்: _____

மறுப்புரை

“மொழி பெயர்க்கப்பட்ட இந்தப் படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களைப் புரிந்து கொள்வதில் ஏதேனும் முரண்பாடு இருக்கும் பட்சத்தில், 29 ஏப்ரல் 2014 அன்று தேதியிட்ட ஐ.ஆர்.டி.ஏ.ஐ சுற்றறிக்கை எண்: IRDAI/Life/Life Council/2013/73-இன் படி இந்தி / ஆங்கிலத்தில் அச்சிட்ட படிவத்தின் (தேவைப்படும் பட்சத்தில்) அர்த்தமே கருத்தில் எடுத்துக் கொள்ளப்படும்”.