MAX LIFE INSURANCE

பிரிவு -B

காப்பீடு செய்தவரின் /பாலிசிதாரரின் மருத்துவ தகவல்கள் (பேயர் ரைடர் இருந்தால், பாலிசிதாரரின் கட்டமும் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்)

8. குடும்ப வரலாறு: உங்கள் குடும்ப உறுப்பினர்கள் யாருக்கேனும் 60 வயதிற்கு முன் (நீரிழிவு, உயர் இரத்த அழுத்தம், புற்றுநோய், மாரடைப்பு, சிறுநீரக செயலிழப்பு, மல்டிபிள் க்ளிரோசிஸ் அல்லது ஏதேனும் பரம்பரை கோளாறு) போன்றவை இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டுள்ளதா? "ஆம்" எனில், விபரங்கள் தரவும்.

☐ ஆம் ☐ இல்லை

குடும்ப விபரங்கள்	பாலிசிதாரர்		காப்பீடு செய்தவர்	
குடும்ப உறுப்பினர்	நோயறியும்போது வயது	நிலை	நோயறியும்போது வயது	நிலை

9. கீழ்க்காணும் ஏதேனும் நிலைக்காக உங்களுக்கு எப்போதாவது நோய்கண்டறியப்பட்டு, பரிசோதனை, சிகிச்சை செய்யப்பட்டுள்ளதா?	பாலிசிதாரர்		காப்பீடு செய்தவர்	
	ஆம்	இல்லை	ஆம்	இல்லை
i. மார்பு வலி, பக்கவாதம், மாரடைப்பு,முணுமுணுப்பு, உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது ஏதேனும் இதய நிலை.				
ii. நீரிழிவு நோய்				
iii. ஆஸ்த்மா, மூச்சுக்குழாய் அழற்சி, காசநோய், தொடர்ச்சியான இருமல், மூச்சுத்திணறல் அல்லது ஏதேனும் சுவாசம் தொடர்பான நிலைகள்				
iv. தைராய்டு கோளாறுகள் போன்ற ஹார்மோனல் கோளாறுகள்; இரத்த சோகை, லூக்கேமியா அல்லது ஏதேனும் இரத்தக் கோளாறு				
v. கல்லீரல்/பித்தநீர்ப்பை/வயிற்றுக் கோளாறுகள் அதாவது சிர்கோசிஸ், ஹெப்பாடிட்டீஸ், மஞ்சள்காமாலை, வயிற்றுப்புண், பெருங்குடல் அழற்சி, பித்தக் கற்கள், அஜீரணம்				
vi. புற்றுநோய், கட்டி அல்லது உருவாதல் (புற்றுநோய் தன்மைகொண்ட தீங்கற்ற கட்டிகள்)				
vii. சிறுநீரகம் அல்லது சிறுநீர்ப்பை கோளாறு, கற்கள், ப்ரஸ்டேட் கோளாறு அல்லது பெண்ணோயியல் கோளாறு				
viii. வலிப்பு, நரம்பியல் கோளாறு, மல்டிபிள் ஸ்கிலிரேசிஸ், நடுக்கம், பக்கவாதம், மன அழுத்தம் அல்லது உளநோய் கோளாறுகள்				
ix. கண், காது, மூக்கு, தொண்டை அல்லது முதுகுத் தசை, மூட்டுகள், எலும்பு, கழுத்து, ஊனம், குறைபாடு, ஆர்த்ரைட்டீஸ், முடக்குவாதம்.				
x. கடந்த 5 வருடங்களில், எக்ஸ்-ரே/சிடீ ஸ்கேன் / எம்.ஆர்.ஐ / அல்ட்ராசவுண்ட் / இஜிசி / இரத்தப் பரிசோதனை அல்லது எந்தவொரு ஆராய்ச்சி அல்லது நோயறிதல் சோதனைகள் அல்லது எந்தவொரு அறுவைசிகிச்சையை செய்துகொள்ள வேண்டும் என உங்களுக்கு அறிவுறுத்தப்பட்டாதா அல்லது அடுத்த 30 நாட்களில் மேற்கொள்ள வேண்டும் என அறிவுறுத்தப்பட்டதா?				
xi. உங்களுக்கு எச்.ஐ.வி/எய்ட்ஸ் அல்லது ஹெப்பாடிட்டீஸ் பி/சி அல்லது பாலுறவின் மூலம் பரவிய நோய் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டுள்ளதா / சிகிச்சையளிக்கப்பட்டதா?				
xii. மேலே குறிப்பிட்டுள்ளவைகளைத் தவிர்த்து வேறு ஏதேனும் நோயினால் நீங்கள் அவதியுறுகிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டு இருக்கிறீர்களா?				
xiii. பெண் விண்ணப்பத்தாரருக்கு மட்டும்- நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், எத்தனை மாதம் ________				
xiv. நீங்கள் இப்படிவத்துடன் மருத்துவ சான்றிதழ் எதையும் இணைக்கிறீர்களா?				
xv. நீங்கள் பாராசூட்டில் பறத்தல்/ ஹாங் கிளைடிங்/ ஸ்கூபா டைவிங்/ மலையேறுதல்/ கார் பந்தயம்/ விமானித்திலிருந்து பறந்து குதித்தல் (பயணிகளைத் தவிர) போன்ற ஆபத்து மிகுந்த செயல்களில் பங்குபெற்றதுண்டா? விபரங்களைக் கீழே கொடுக்கவும்				
xvi. அடுத்த 12 மாதங்களில், நான்கு வாரத்திற்கும் குறைவான விடுமுறை நாட்களைத் தவிர்த்து வெளிநாடுகளுக்குப் பயணம் செய்ய அல்லது தங்குவதற்கு திட்டமிட்டுள்ளீர்களா? ஆம் எனி, தயவுசெய்து நாடு, நகரங்கள், நோக்கம் மற்றும் தங்கியிருக்கும் காலம் ஆகியவை உள்ளிட்ட விபரங்களைக் கொடுக்கவும். விபரங்களைக் கீழே கொடுக்கவும்.				

விபரங்கள்: ____

____

உறுதிமொழி: நான்/நாங்கள் மேற்கொண்டு ஒப்புதல் அளிப்பது என்னவென்றால், பிரிவு A மற்றும் B-ல் கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் மற்றும் அறிக்கைகள் அனைத்தும் எனக்கும் இந்தக் கம்பெனிக்கும் இடையிலான ஒப்பந்தத்தைப் புதுப்பிப்பதற்காகவும் மற்றும்/அல்லது காலாவதியான பாலிசியை மீண்டும் புதுப்பிப்பதற்காகவும் கொடுக்கப்பட்டவையாகும். மேலும், இதற்குத் தொடர்புடைய அனைத்துத் தகவல்களையும் மறைக்காமல், தெளிவாக, முழுமையாக மற்றும் உண்மையாக நான்/நாங்கள் தெரிவித்துள்ளோம், மேலும் இடரை ஏற்றுக்கொள்வது பற்றிய தகவலறிந்த முடிவை கம்பெனி எடுப்பதற்கு ஏதுவன செய்யும் எந்தவொரு தகவல்களையும் நாங்கள் எங்கள்வசம் மறைத்துவைக்கவில்லை. எனது பாலிசியை மீண்டும் புதுப்பித்தல்/ ரைடருக்குக் கொடுப்பது, மருத்துவ சோதனைகள் (தேவைப்படின்) மேலும் பாலிசியைப் புதுப்பிப்பது போன்றவை தொடர்பான செலவுகள் அனைத்தும் பாலிசிதாரரையேச் சாரும் என நான் முழுவதும் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். காலாவதியான பாலிசியைப் புதுப்பிப்பது/ ரைடரை வெளியிடுவது, கம்பெனி புதிதாக இடர்களைத் தெரிவித்து மற்றும் புதுப்பித்தல்/வெளியீட்டு விபரங்களை பாலிசிதாரருக்கு எழுத்துமூலமாகத் தெரிவித்து உறுதி செய்துகொண்ட பின்னர் மேற்கொள்ளப்படும். பாலிசி புதுப்பிக்கப்படலாம் அல்லது திருத்தப்பட்ட / குறைக்கப்பட்ட பாதுகாப்பில் ரைடர் வெளியிடப்படலாம். **யூனிட்டுகள், ஏதும் இருந்தால், புதுப்பித்தல் தேதி அல்லது கிளீயரன்ஸ் தேதி இவற்றில் எது பின்னர் வருகிறதோ அதன் அடிப்படையில் ஒதுக்கீடு செய்யப்படும்.** இந்த உடல்தகுதி அறிவிப்பு படிவத்தில் கையொப்பமிட்ட பின்பு உடல்தகுதி அறிவிப்பு படிவத்தில் ஏதேனும் திருத்தம் செய்யப்பட வேண்டுமாயின் மேலும் இடரை ஏற்றுக்கொள்ளும் முன் மற்றும் பாலிசியைப் புதுப்பிப்பதற்கு முன்/ரைடர் வெளியிடுவதற்கு முன், எழுத்து மூலமாக அதை நான்/நாங்கள் கம்பெனிக்குத் தெரிவிப்பேன்/தெரிவிப்போம் என இதன்மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன்(றோம்).

____
பாலிசிதாரரின் கையொப்பம்

____
காப்பீடு செய்தவரின் கையொப்பம்
(ஒருவேளை வயது வராதவராக (மைனர்) இருந்தால், அவருக்குப் பதிலாக பெற்றோர்/ சட்டரீதியான பாதுகாவலர் கையொப்பமிட வேண்டும்)

தேதி: : __ __/__ __ / __ __

இடம்: ____________________

ஒருவேளை பாலிசிதாரர் படிப்பறிவில்லாதவராக இருந்தால்/பெருவிரல் ரேகை/ஆங்கிலத்தைத் தவிர வேறு மொழிகளைப் புரிந்துகொள்பவராக இருந்தால்: நான் பாலிசிதாரருக்கு/ஆயுள் காப்பீடு செய்வதருக்கு அவருடைய மொழியில் இப்படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களைத் தெளிவாக விவரித்துக்கூறினேன் என உறுதியளிக்கிறேன் மேலும் பாலிசிதாரர்/ஆயுள் காப்பீடு செய்வதர் அதை முற்றிலும் புரிந்துகொண்டு, தனது பெருவிரல் ரேகையை வைத்துள்ளார் என உறுதியளிக்கிறேன்.

உறுதியளிப்பவரின் கையொப்பம் ____________________

முகவரி :

தேதி :

*அரசு/அரசியல் தொடர்பான நபர்கள் (PEP) என்பவர், முன்னணி பொதுப்பணிகள் செய்ய கடமைப்பட்டவர்கள் அதாவது மத்திய/மாநில அரசின் தலைவர்கள்/அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசு/நிதி/ இராணுவ அதிகாரிகள், மாநிலத்தின் கட்டுப்பாட்டிலுள்ள அரசு நிறுவனங்களில் பணிபுரியும் அதிகாரிகள், முக்கிய கட்சித் தலைவர்கள் & அவர்களின் குடும்ப உறுப்பினர்கள் (கனவன், மனைவி, பெற்றோர்கள், உடன்பிறந்தவர்கள், மைத்துனர்கள், போன்றோர்)