

உடல்தகுதி அறிவிப்பு படிவம்

(தயவுசெய்து பெரிய எழுத்துக்களில் எழுதவும்), திருத்தம்/திருத்தி எழுதுதியிருந்தால், அவ்விடங்களில் முழு கையொப்பம் இருக்க வேண்டும்.

பாலிசி எண்: _____																			
கோரிக்கை வகை:																			
<input type="checkbox"/> பாலிசியை பழைய நிலைக்குக் கொண்டுவருதல்				<input type="checkbox"/> கூடுதல் ரைடர்; ரைடரின் (களின்) பெயர்															
<input type="checkbox"/> மற்றவை / நல்ல உடல் தகுதிக்கான அறிக்கை (எ.கா. புதிய எண்)				<input type="checkbox"/> காப்பீட்டுத் தொகையில் அதிகரிப்பு; காப்பீட்டுத் தொகை															
குறிப்பு: பாலிசியை மீண்டும் பழைய நிலைக்குக் கொண்டுவருதல்: நல்ல உடல் தகுதிக்கான அறிக்கை - முழுமையான பிரிவு A																			
காப்பீட்டுத் தொகையில் அதிகரிப்பிற்காக: கூடுதல் ரைடர் - முழுமையான பிரிவு A+B																			
பாலிசிதாரர்						காப்பீட்டு செய்தவர்													
தலைப்பு						தலைப்பு													
__ திரு. __ திருமதி __ குமாரி __ மற்றவர் (குறிப்பிடவும்)						__ திரு. __ திருமதி __ குமாரி __ மற்றவர் (குறிப்பிடவும்)													
பெயர்	முதல்					நடு					கடைசி								
தொடர்பு முகவரியில் மாற்றம் ஏதும் உள்ளதா? ஆம் எனில், தயவுசெய்து புதிய முகவரியைக் குறிப்பிடவும் (சய-சான்றளிக்கப்பட்ட முகவரி அத்தாட்சியுடன் சேர்த்து)				<input type="checkbox"/> ஆம்				<input type="checkbox"/> இல்லை				<input type="checkbox"/> ஆம்				<input type="checkbox"/> இல்லை			
தொடர்பு விபரங்கள்:: தொலைபேசி எண்								தொலைபேசி எண்											
மொபைல்								மொபைல்											
இ-மெயில்																			
கட்டாததற்கான காரணம்												பழையநிலைக்கு மீண்டும் கொண்டுவருவதற்கு கோரிக்கை ஏதும் முன்னர் கொடுக்கப்பட்டுள்ளதா? (ஆம் எனில், பாலிசி எண்ணைக் குறிப்பிடவும் _____; _____)							
தற்போதைய தொழில் விபரங்கள்: தயவுசெய்து கம்பெனியின் பெயர், வேலையின் பெயர், வேலையின் தன்மையைப் பற்றி குறிப்பிடவும்																			
பிரிவு -A																			
காப்பீட்டு செய்தவர் / பாலிசிதாரரின் பெயர் (பாலிசிக்கான ரைடர் யாரும் இருந்தால், பாலிசிதாரரின் கட்டத்தில் பதிலளிக்க வேண்டும்)						பாலிசிதாரர்						காப்பீட்டு செய்தவர்							
1. உயரம் மற்றும் எடை பற்றிய தகவல்கள்			உயரம்			எடை			_____அடி _____அங்குலம்			_____அடி _____அங்குலம்			_____அடி _____அங்குலம்				
									_____மீட்டர் _____செமீ			_____மீட்டர் _____செமீ			_____மீட்டர் _____செமீ				
									_____கிலோ			_____கிலோ			_____கிலோ				
									ஆம்		இல்லை		ஆம்		இல்லை				
2. நீங்கள் புகையிலை/நிக்கோடின் பொருட்களை சாப்பிட்டு இருந்தீர்களா அல்லது சாப்பிடுவீர்களா (கடந்த 3 வருடங்களில்) (குச்சிகள்/கிராம்) -சிகரெட்/பீடி/கருட்டு/சுவையிருந்த பான் மசாலா போன்றவை, ஆம் எனில், ஒவ்வொரு நாளுக்கு எடுத்துக்கொள்ளும் அளவு/எண்ணிக்கையைக் குறிப்பிடவும்.																			
3. கடந்த 1 வருடத்தில் 10 நாட்களுக்கு மேல் தொடர்ந்து காயம் அல்லது உடல்நலமின்மையின் காரணமாக பணிக்குச் செல்லாமல் / பள்ளிக்குச் செல்லாமல்/ அன்றாட வேலைகளைச் செய்யாமல் இருந்ததுண்டா? ஆம் எனில், கீழே விபரங்களைக் கொடுக்கவும்																			
4. கடந்த 5 வருடங்களில், நீங்கள் ஏதேனும் நோயினால் அவதியுற்றீர்களா? அல்லது சளி ஜலதோஷம் போன்ற சிறு விசயங்களைத் தவிர வேறு எதற்காகவது மருத்துவரைச் சந்தித்து ஆலோசனை பெற்றீர்களா? ஆம் எனில், கீழே விபரங்களைக் கொடுக்கவும்																			
5. எப்போதாவது ஆயுள் & மருத்துவ காப்பீட்டிற்கான பாலிசி நிராகரிக்கப்பட்டுள்ளதா, மாற்றம் செய்யப்பட்டுள்ளதா, காலம் தாழ்த்தப்பட்டதா அல்லது மற்ற கம்பெனிகளால் கூடுதல் பிரீமியத்துடன் வழங்கப்பட்டதா? கீழே விபரங்களைக் கொடுக்கவும் (காரணம், மாதம், வருடம் மற்றும் கம்பெனியின் பெயர்)																			
6. நீங்கள் எப்போதாவது குற்றம் சுமத்தப்பட்டு, தண்டனை பெற்றீர்களா அல்லது 3 அல்லது அதற்கும் கூடுவான வருடங்களுக்கு சிறைத் தண்டனை பெறுவதற்கான குற்றத்தில் ஈடுபட்டு, அது தற்போது விசாரணையில் உள்ளதா?																			
7. ஆயுள் காப்பீட்டு செய்தவர்/பாலிசிதாரர்/நியமனதாரர்/பணம் செலுத்துபவர் அரசு சார்ந்தவரா/ அரசியலில் உள்ளவரா?																			

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 க்ளிரோசில் 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, முனுமுனுப்பு, 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 சிர்கோசில், ஹெப்பாடிட்டிஸ், 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 ஸ்கிலிரோசில், நடுக்கம், பக்கவாதம், மன அழுத்தம் அல்லது உளநோய் கோளாறுகள்				
ix. கண், காது, மூக்கு, தொண்டை அல்லது மூக்குத் தசை, மூட்டுகள், எலும்பு, கழுத்து, ஊனம், குறைபாடு, ஆர்த்தரைட்டிஸ், மூட்டுக்கவாதம்.				
x. கடந்த 5 வருடங்களில், எக்ஸ்-ரே/சிட்ஸ்கேன் / எம்.ஆர்.ஐ / அல்ட்ராசவுண்ட் / இலிசி / இரத்தப் பரிசோதனை அல்லது எந்தவொரு ஆராய்ச்சி அல்லது நோயறிதல் சோதனைகள் அல்லது எந்தவொரு அறுவைசிகிச்சையை செய்துகொள்ள வேண்டும் என உங்களுக்கு அறிவுறுத்தப்பட்டதா அல்லது அடுத்த 30 நாட்களில் மேற்கொள்ள வேண்டும் என அறிவுறுத்தப்பட்டதா?				
xi. உங்களுக்கு எச்.ஐ.வி/எய்ட்ஸ் அல்லது ஹெப்பாடிட்டிஸ் பி/சி அல்லது பாஹுவின் 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 கிளாடிங்/ 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 எனில், 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 பூதுப்பிப்பதற்காகவும் மற்றும்/அல்லது காலாவதியான பாலிசியை மீண்டும் பூதுப்பிப்பதற்காகவும் கொடுக்கப்பட்டவையாகும். மேலும், இதற்குத் தொடர்புடைய அனைத்துத் தகவல்களையும் மறைக்காமல், தெளிவாக, முழுமையாக மற்றும் உண்மையாக நான்/நாங்கள் தெரிவித்துள்ளோம், மேலும் இடரை ஏற்றுக்கொள்வது பற்றிய தகவலறிந்த முடிவை கம்பெனி எடுப்பதற்கு ஏதுவான செய்யும் எந்தவொரு தகவல்களையும் நாங்கள் எங்கள்வசம் மறைத்துவைக்கவில்லை. எனது பாலிசியை மீண்டும் பூதுப்பித்தல்/ ரைடருக்குக் கொடுப்பது, மருத்துவ சோதனைகள் (தேவைப்படின்) மேலும் பாலிசியைப் பூதுப்பிப்பது போன்றவை தொடர்பான செலவுகள் அனைத்தும் பாலிசிதாரரையேச் சாரும் என நான் முழுவதும் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். காலாவதியான பாலிசியைப் பூதுப்பிப்பது/ ரைடரை வெளியிடுவது, கம்பெனி புதிதாக இடர்களைத் தெரிவித்து மற்றும் பூதுப்பித்தல்/வெளியீட்டு விபரங்களை பாலிசிதாரருக்கு எழுத்துமூலமாகத் தெரிவித்து உறுதி செய்துகொண்ட பின்னர் மேற்கொள்ளப்படும். பாலிசி பூதுப்பிக்கப்படலாம் அல்லது திருத்தப்பட்ட / குறைக்கப்பட்ட பாதுகாப்பில் ரைடர் வெளியிடப்படலாம். **புனிட்முகள், ஏழம் இருந்தால், பூதுப்பித்தல் தேதி அல்லது கிளியர்ஸ் தேதி இவற்றில் ஏது பின்னர் வருகிறதோ அதன் அடிப்படையில் ஒதுக்கீடு செய்யப்படும்.** இந்த உடல்தகுதி அறிவிப்பு படிவத்தில் கையொப்பமிடப் பின்பு உடல்தகுதி அறிவிப்பு படிவத்தில் ஏதேனும் திருத்தம் செய்யப்பட வேண்டுமாயின் மேலும் இடரை ஏற்றுக்கொள்ளும் முன் மற்றும் பாலிசியைப் பூதுப்பிப்பதற்கு முன்/ரைடர் வெளியிடுவதற்கு முன், எழுத்து மூலமாக அதை நான்/நாங்கள் கம்பெனிக்குத் தெரிவிப்பேன்/தெரிவிப்போம் என இதன்மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன்(தோம்).

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

பாலிசிதாரரின் கையொப்பம்

இடம்: _____

தேதி: ____ / ____ / ____

ஒருவேளை பாலிசிதாரர் படிப்பறிவில்லாதவராக இருந்தால்/பெருவிரல் ரேகை/ஆய்வித்ததைத் தவிர வேறு மொழிகளைப் புரிந்துகொள்பவராக இருந்தால்: நான் பாலிசிதாரருக்கு/ஆயுள் காப்பீடு செய்வதற்கு அவருடைய மொழியில் இப்படிவத்தின் உள்ளடக்கங்களைத் தெளிவாக விவரித்துக்கூறினேன் என உறுதியளிக்கிறேன் மேலும் பாலிசிதாரர்/ஆயுள் காப்பீடு செய்வதற் 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)