

தி நியூ இந்தியா அஞ்சுரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்

பதிவு மற்றும் தலைமை அலுவலகம் : நியூ இந்தியா அஞ்சுரன்ஸ் பில்டிங், 87, எம்.ஜி. ரோடு, .போர்ட், மும்பை - 400 001

ஜனதா / கிராமின் தனிநபர் விபத்து பாலிசி கோரிக்கைப் படிவம்

இப்படிவம் வழங்கப்படுவதை வைத்து பொறுப்பை ஏற்றுக்கொள்வதாக கருதக்கூடாது.

கோரிக்கைப்படிவ எண்:.....

பிரிவு I (அனைத்து கோரிக்கைப் படிவங்களிலும் நிரப்பப்படவேண்டும்)

1. (a) காப்பீட்டுதாரரின் பெயர்:.....

(b) முகவரி: :
.....
.....
.....

(c) வயது:

2. (a) பாலிசி எண்:

(b) காலஅளவு: தொடங்கிவரை

(c) வழங்கப்பட்ட இடம்

3. (a) விபத்து பற்றிய விவரங்கள்: தேதி நேரம் இடம்

காவல்துறைக்கு தகவல் தரப்பட்டதா: ஆம் / இல்லை

(b) விபரங்கள்

4. (a) விபத்திற்கு பிறகு உடனடியாக நீங்கள் மருத்துவமனைக்கு கொண்டுவரப்பட்டீர்களா? ஆம் / இல்லை

(b) ஆம் எனில், மருத்துவமனையின் முகவரி:

5. (a) வேறு ஏதேனும் ஜனதா தனிநபர் விபத்து பாலிசி உங்களிடம் உள்ளதா? ஆம் / இல்லை

(i) ஆம் எனில், நிறுவனத்தின் பெயர் :.....

(ii) பாலிசி எண்:

(iii) காலஅளவு: ஆண்டுகள்.....தொடங்கி.....வரை

(iv) வழங்கப்பட்ட இடம்:.....

(b) வேறு எந்த மருத்துவ / மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கான திட்டத்தின் கீழ் மருத்துவ / மருத்துவமனையில் தங்கி சிகிச்சைக்கான செலவுகளை மீண்டும் பெற உங்களுக்கு உரிமையுள்ளதா?

ஆம் எனில், (i) திட்டத்தின் தன்மை

(ii) வழங்கப்பட்ட அல்லது வழங்கப்படவேண்டிய தொகை:

பிரிவு II (மருத்துவமனை அலுவலர்களால் நிரப்பப்படவேண்டியது)

1. மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி:.....

2. அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி:.....
3. டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்ட தேதி:.....
4. (a) காயத்தின் தன்மை:.....
(b) சிகிச்சையின் விவரங்கள்
5. பணியை மேற்கொள்வதை அல்லது தொழிலில் ஈடுபடுவதை அல்லது எந்தவொரு பணி அல்லது தொழிலில் கவனம் செலுத்துவதை தடைசெய்கின்றவாறு கை/கள் அல்லது கால்/கள் அல்லது கண்/கள் அல்லது வேறு எந்த வகையிலான நிரந்தர திறனிழப்பை விபத்து விளைவித்திருக்கிறதா?

ஆம் எனில், தயவுசெய்து விவரங்களைத் தரவும்.

6. மருத்துவமனைச் செலவு (ஓரிஜினல் பில்களை தயவுசெய்து இணைக்கவும்)

தேதி:.....

மருத்துவமனையின் முத்திரை

மருத்துவமனை / நர்சிங்ஹோமின்
அதிகாரம்பெற்ற நபரின் கையொப்பம்

பதவி:.....

பிரிவு III (காப்பீட்டுதாரர் உயிரிழக்க நேர்ந்தால், வாரிசுதாரரால் நிரப்பப்படவேண்டும்)

வாரிசுதாரரின் விவரங்கள்

- (a) முழுப்பெயர்:.....
- (b) முகவரி:.....
- (c) வயது:.....
- (d) இறந்தவருடனான உறவுமுறை:.....

தேதி:.....

வாரிசுதாரரின் கையொப்பம்

கீழ்வரும் ஆவணங்களை தயவுசெய்து இணைக்கவும்:

1. இறப்புச் சான்றிதழ்
2. பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை
3. ரசீதுடன் ஓரிஜினல் பாலிசி ஆவணம்

காப்பீட்டுதாரர் / உரிமைக்கோருபவர் அல்லது வாரிசுதாரரால் (காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் உயிரிழந்திருப்பாரேயானால்), கையொப்பமிடவேண்டிய அறிவிக்கை.

மேற்கூறப்பட்ட விவரங்கள் அனைத்து வகைகளிலும் உண்மையானவை என்று நான் / நாங்கள் இதன் மூலம் உறுதியளிக்கிறோம் மற்றும் உத்திரவாதமளிக்கிறோம். தவறான அல்லது உண்மையற்ற அறிக்கையை நான் / நாங்கள் செய்திருந்தால், அல்லது செய்தால், மற்றும் மறைத்தால் அல்லது வெளிவராமல் தடுத்தால், இழப்பீட்டிற்கான எனது / எங்களது உரிமையை நாங்கள் இழந்துவிடுவோம் என்றும் நான் / நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறேன்/றோம்.

இப்பாலிசியின் கீழ், காப்பீடு செய்த நபருக்கு மற்றும் / அல்லது அவர் / அவளது சட்டப்பூர்வ வாரிசுகளுக்கு
உங்களது பொறுப்புறுதிகளை முழுமையாக விடுவிக்கின்ற விதமாய் நான் / நாங்கள் இத்தொகையினை
பெற்றுக்கொள்கிறோம் என்றும் மற்றும் இப்பாலிசியின் கீழ், வேறு எந்த நபர் அல்லது நபர்களால் உரிம
கோரிக்கை ஏதாவது செய்யப்படும் நேர்வில் நான் / நாங்கள் உங்களை சட்ட விலக்குரிமை / ஈட்டுறுதி
செய்வோம் என்றும் நான் / நாங்கள் இங்கு அறிவிக்கிறோம்

தேதி:.....

கையொப்பம்.....