

உரிமை கோருபவர் அறிக்கை படியம் (ரைடர் கிளைம்):

படியம் (A-2)



உரிமைக்கு பாதகமில்லாதவகையில்

- இந்தப் படிவத்தை பாலிசியின் கீழ் ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவர்/பயனாளி பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்
- தயவு செய்து அனைத்து கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கப்பட்டுள்ளதை உறுதி செய்து கொள்ளுங்கள். பதிலளிக்காமல் வெற்றிடத்தை விடுவதற்கு விடுவதற்கு பதிலாக "பொருந்தாது" (N/A) என்பதைப் பயன்படுத்துவதை உறுதி செய்யுங்கள்
- இந்த பாலிசி ஆவணத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளின் படி நிகழ்வு தேதியில் பாலிசி செயல்பாட்டில் இருப்பதற்கு உட்பட்டு உரிமைகோரல் தொகை வழங்கப்படும்
- தேவைப்படும்அனைத்து தகவல்களையும் வழங்கி முன்கூட்டியே சமர்ப்பிப்பது உரிமைகோரல்களை விரைவில் செயல்படுத்த நிறுவனத்துக்கு உதவும் .
- கூடுதல் ஆவணங்கள் / தேவைகளை கோரும் உரிமையை நிறுவனம் தக்கவைத்துக் கொண்டுள்ளது.
- தயவுசெய்து டிஸ்சார்ஜ் சம்மரி / உள்ளக மருத்துவ பதிவு நகல்களுடன் இணைத்து இந்தப் படிவத்தை சமர்ப்பிக்கவும்.

உரிமைகோருபவரின் ஆவணங்கள் மற்றும் வங்கிக்கணக்குச் சான்றுகளை இந்தப் படிவத்துடன் இணைத்து சமர்ப்பிப்பிக்க வேண்டியது கட்டாயம்

பாலிசி எண்:

விவரங்கள்	ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவரின் விவரங்கள்
பெயர்	திரு/திருமதி./மாஸ்டர்/மிஸ் _____
முகவரி	_____
	_____ தபால் குறியீடு: _____
	தொலைபேசி எண்: _____

உரிமை கோரல் விவரங்கள்	
எந்த ரைடரின் கீழ் உரிமை கோரப்படுகிறது	☐ CI ரைடர் ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
கண்டறியப்பட்ட நோய்	_____
CI அல்லது HCB இன் கீழான உரிமைகோரல் என்றால் தயவு செய்து பின் குறிப்பிட்டவைகளை வழங்கவும்	
நோய் கண்டறியப்பட்ட நாள்	DD MM YY YY YY
நோய் கண்டறிந்த மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரி	_____

	தொலைபேசி எண்: _____
காப்பீடு பெற்றவர் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்த மருத்துவமனை பெயர்	_____
அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி	DD MM YY YY YY (உள்ளக நோயாளி எண் _____)
விடுவிக்கப்பட்ட தேதி	DD MM YY YY YY
நோய் சம்பந்தப்பட்ட அறிகுறிகள்	_____

குறிப்பிட்ட அறிகுறிகள் நீடித்த காலம்	_____
முன்னேற்றம்	☐ முன்னேற்றம் காணப்பட்டது ☐ குணமடைந்தார் ☐ முன்னேற்றம் இல்லை
ATPD இன் கீழான உரிமைகோரல் என்றால் தயவு செய்து பின் குறிப்பிட்டவைகளை வழங்கவும்:	
இயலாமை தன்மை	☐ நிரந்தரம் ☐ தற்காலிகம்
காப்பீடு பெற்றவர் அனுமதிக்கப்பட்டிருந்த மருத்துவமனை பெயர்	_____
அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி	DD MM YY YY YY (உள்ளக நோயாளி எண் _____)
விடுவிக்கப்பட்ட தேதி	DD MM YY YY YY
இயலாமை விளைந்த தேதி	DD MM YY YY YY
விபத்து நிகழ்ந்த தேதி	DD MM YY YY YY
விபத்து நிகழ்ந்த இடம்	_____
FIR பதிவு செய்யப்பட்ட காவல்நிலையத்தின் பெயர்	_____

FIR பதிவு தேதி	தயவுசெய்து இந்த படிவத்துடன் FIR நகலை இணைக்கவும்
முன்னேற்றம்	☐ முன்னேற்றம் காணப்பட்டது ☐ குணமடைந்தார் ☐ முன்னேற்றம் இல்லை
ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவர் ஊதியம் அல்லது இலாபம் ஈட்ட ஏதேனும் தொழிலில் அல்லது அதற்கான நடவடிக்கைகளில் ஈடுபடும் தகுதி பெற்றவரா?	☐ ஆம் ☐ இல்லை

ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவரின் முந்தைய ஆரோக்கியம் மற்றும் பழக்க வழக்க விவரங்கள்				
நோயின் தன்மை/பழக்கவழக்கம்	தயவு செய்து தேர்ந்தெடுங்கள் ஆம்/இல்லை		நோய் நீடித்த காலம் (எப்போதிருந்து)	ஆம் என்றால் பயன்படுத்தப்பட்ட அளவு விவரங்கள்
உயர் இரத்த அழுத்தம்	ஆம்	இல்லை		
நீரிழிவு நோய்	ஆம்	இல்லை		
இதய நோய்	ஆம்	இல்லை		
சிறுநீரக நோய்	ஆம்	இல்லை		
கல்லீரல் நோய்	ஆம்	இல்லை		
புற்றுநோய்	ஆம்	இல்லை		
கடந்த 5 ஆண்டுகளில் வேறு எந்த ஒரு நோய் / உடற் கோளாறு / அறுவை சிகிச்சை / மருத்துவமனை அனுமதி	ஆம்	இல்லை		
புகைபிடித்தல்/ மது/ புகையிலை/ போதைப்பொருள் பயன்பாடு போன்ற எந்த ஒரு பழக்கங்கள் (தயவுசெய்து தேர்வு செய்யவும்)	ஆம்	இல்லை		

தொகை வழங்கல் விவரங்கள்				
மருத்துவமனை செலவுகள் மற்றும் தொகை செலுத்திய முறை விவரங்கள்				
கடந்த ஐந்து ஆண்டுகளில் மெடிக்ளைம்/மருத்துவக் காப்பீட்டு பாலிசி இன் கீழ் உரிமை கோரல் எழுப்பப்பட்ட தொகை விவரங்கள்	காப்பீடு வழங்குனர் பெயர்	காப்பீட்டுத் தொகை	உரிமை கோரலின் கீழ் பெறப்பட்ட தொகை	உரிமை கோரல் தேதி

காப்பீடு பெற்றவரின் இதர விவரங்கள்	
தொழில் விவரங்கள்	
கடைசி பணியமர்த்துனர் / தொழில் பெயர்	
முகவரி	
பணியிடத்தில் பதவி /தொழில் நிலை	
பணி செய்த இறுதி நாள்:	
வருடாந்திர வருமானம்	
வேலை/தொழில் தன்மை	
குடும்ப மருத்துவர் விவரங்கள்	
மருத்துவரின் பெயர்	
முகவரி & தொலைபேசி எண்	
காப்பீடு பெற்றவர் எப்போதிருந்து மருத்துவரிடம் சிகிச்சை பெற்றுவருகிறார்	
சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட்ட நோயின் பெயர்	

ஆயுள் காப்பீடு பெற்றவர் வைத்திருந்த இதர ஆயுள் காப்பீடு /மெடிக்ளைம் பாலிசிகள் குறித்த விவரங்கள்						
Co./ TPA பெயர்	பாலிசி எண்.	காப்பீடு தகுதி தொடங்கிய தேதி	காப்பீட்டின் தொகை	உரிமை கோரல் எழுப்பப்பட்டது ஆம் /இல்லை	உரிமை கோரல் நிலை	கோரப்பட்ட உரிமைத் தொகை

எலக்ட்ரானிக் முறை தொகைவழங்கல் விருப்பத்தேர்வு (நிதி உங்கள் வங்கிக் கணக்குக்கு நேரடியாக மாற்றப்படும்)

1. வங்கிக்கணக்கு வைத்திருப்பவர் பெயர் : _____

2. வங்கியின் பெயர்: _____ கிளை பெயர்: _____

3. கணக்கு எண்: _____

4. கணக்கு வகை: ☐ சேமிப்பு ☐ நடப்புக் கணக்கு ☐ NRI ☐ NRO

5. IFSC குறியீடு: _____ MICR குறியீடு: _____

☐ இந்த படிவத்துடன் தன்மயமாக்கப்பட்டு ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை இணைக்கப்படவேண்டும்

இந்த பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு இணங்க அதற்கு உட்பட்டு இருக்கும். மேலும் எலக்ட்ரானிக் தொகை வழங்கல் முறையை தேர்வு செய்திருந்த போதிலும், நிறுவனம் டிமாண்ட் டிராஃப்ட் / சம் அளவு தொகை காசோலை உட்பட வேறு மாற்று தொகை வழங்கல் முறைகளை தேர்ந்தெடுக்கலாம். முழுமை பெறாத /தவறான தகவல்கள் காரணமாக என் வங்கிக் கணக்கில் தொகை வரவு வைக்கப்படாதிருந்தால்அல்லது பரிவர்த்தனை நடைமுறை தாமதமானால் அல்லது செயல்படுத்தப்படவே இல்லை என்றாலும் என்றால் ஏதாவைஸ் டோக்கியோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் நிறுவனத்தை நான் பொறுப்பாக்க மாட்டேன்.

தேதி; உரிமை கோருபவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் ரேகை பதிவு : _____

திரு/மிஸ்/திருமதி _____ (காப்பீடு பெற்றவரின் பெயர்) என்பவரின் _____ (உறவு) ஆன நான், திரு /மிஸ்/திருமதி _____ (பெயர்) இதன் மூலம் அறிவித்து உறுதி செய்வதாவது மறைந்த நபரின் சட்டப்படியான உரிமை கோருபவராவேன் மற்றும் மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள அறிக்கை அனைத்து அம்சங்களிலும் உண்மையானது மற்றும் முழுமையானது.

இந்த பாலிசியின் கீழான உரிமை கோரலை மதிப்பீடு செய்ய நிறுவனத்துக்கு உதவும் பொருட்டு பின்வரும் அமைப்புக்களிடமிருந்து ஆவணங்கள் /விவரங்களை பெற நிறுவனத்துக்கு நான் இதன் மூலம் அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

- கடந்த கால மற்றும் தற்போதைய பணியமர்த்துனர்(கள்) வணிக கூட்டாளிகள்
- மருத்துவ தொழில் நிபுணர்கள்/மருத்துவமனைகள் (அரசு /தனியார்)
- எந்த ஒரு ஆயுள் காப்பீட்டு பொது காப்பீட்டு நிறுவனம்

மற்றும் இந்த உரிமை கோரலை மதிப்பீடு செய்வதற்குத் தேவையான அத்தகைய விவரங்கள் /ஆவணங்களை நிறுவனத்திற்கு வழங்குவதற்கு மேலே குறிப்பிட்ட அதிகாரிகளுக்கு நான் இதன் மூலம் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

நிறுவனத்துக்கு பாலிசி ஆவணம் சமர்ப்பிக்கப்படாத நிலை இருந்தால் அத்தகைய பாலிசி ஆவணத்தை தன்வசம் வைத்திருக்கும் எந்த ஒரு இதர நபரும் அதன் அடிப்படையில் அல்லது வேறு வகையில் உரிமை கோரலை எழுப்ப நேரும் சந்தர்ப்பத்தில் நிறுவனத்துக்கு விளையக்கூடிய அனைத்து கடப்பாடுகளுக்கு எதிராகவும் ஈட்டுறுதி அளிக்க நான் இதன் மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

உங்கள் உண்மையுள்ள,

உரிமை கோருபவர் கையொப்பம்/கட்டைவிரல் ரேகை பதிவு	சாட்சியின் பெயர் & கையொப்பம் பெயர்: _____ கையொப்பம்: _____ உரிமை கோருபவருடனான உறவு: _____
STD குறியீட்டுடன் தொலைபேசி எண்: _____	STD குறியீட்டுடன் தொலைபேசி எண்: _____
இடம்: _____	இடம்: _____
தேதி: _____	தேதி: _____