

தனிநபர் இறப்பு இழப்பீடு கோரல் படிவம்

அலுவலகப் பயன்பாட்டுக்கு மட்டும்

கிளையின் பெயர்: கிளைக் குறியீடு: தகவல்தொடர்பு ஐ.டி: பணியாளரின் பெயர்: பணியாளர் குறியீடு: கையொப்பம்: தேதி: நேரம்: மாலை 3 மணி அல்லது முன்னதாக மாலை 3 மணிக்குப் பின்னர்

உங்களது இந்த எதிர்பாராத இழப்புக்கு எங்களுடைய அனுதாபங்களை தயவுசெய்து ஏற்றுக்கொள்ளுங்கள். இது உங்களுக்கு கடினமான நேரம் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறோம். உங்களுக்கு உதவி தேவைப்படும் இந்த நேரத்தில் எங்களால் இயன்ற உதவியை வழங்குவது எங்களுடைய பொறுப்பாகும். உங்கள் இழப்பீடு கோரலை எளிதாக்க பதிவுசெய்ய இந்த இறப்பு இழப்பீடு கோரல் படிவம் உதவியெய்யும். உங்களுடைய இழப்பீடு கோரலை முடிந்தளவு விரைவாக நாங்கள் தீர்ப்பதற்கு இந்தப் படிவத்தை சரியாக நிரப்பி, தேவையான ஆவணங்களைக் கையொப்பமிட்டு இதனுடன் இணைத்து, கீழே உள்ள வழிமுறைகளைப் பின்பற்றவும்.

முக்கியத் தகவல்

- இறந்தப் படிவத்தை இழப்பீடு கோருபவர் மட்டுமே நிரப்ப வேண்டும். இழப்பீடு கோருபவர் வயதில் சிறியவராக (மைனர்) இருந்தால், அவருடைய பாதுகாப்பாளர்/அவரால் நியமிக்கப்பட்டவர் இந்தப் படிவத்தை நிரப்பலாம்.
- பல காப்பீடுகளின் கீழ் செய்யப்படும் இழப்பீடு கோரல்களுக்கு, ஒரே படிவத்தை நிரப்பி, பொருந்தும் எல்லா பாலிசி எண்களையும் அதில் வழங்கலாம்.
- ஒருவேளை ஒன்றுக்கும் மேற்பட்ட இழப்பீடு கோருபவர்கள் இருந்தால், இழப்பீடு கோரும் ஒவ்வொருவரும் தனித்தனியாக படிவங்களை நிரப்ப வேண்டும்.
- உறுதியேற்புகளை கவனமாகப் படித்து, உங்கள் காசோலைப் புத்தகத்தில் கையொப்பமிடுவதைப் போலவே இழப்பீடு கோரல் படிவத்திலும் கையொப்பமிடவும்.
- இழப்பீடு கோரல் படிவத்தின் எல்லா பக்கங்களிலும் இழப்பீடு கோருபவர் கையொப்பமிட வேண்டும்.
- பாலிசியின் அனைத்து விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளும் பூர்த்திசெய்யப்பட்டிருக்கும்பட்சத்தில் இழப்பீடு வழங்கப்படும்.
- இந்த இழப்பீட்டுக் கோரிக்கையைச் செயல்படுத்துவதற்கு யாருக்கும் எந்தவித கட்டணம் அல்லது கமிஷனும் கொடுக்கப்படக்கூடாது.
- ஆஸ்டிரிஸ்க் (*) குறியீடு. அவசியம் உள்ளிட வேண்டிய தகவல்களைக் குறிக்கிறது.

ஓய்வூதியம் கோரல் - பிரிவு A,B,E -ஐக் கண்டிப்பாக நிரப்ப வேண்டும்; இறப்பு இழப்பீடு கோரல் (விபத்து அல்லாதவை) - பிரிவு A,B,C,E;

இறப்பு இழப்பீடு கோரல் (விபத்து) - அனைத்து பிரிவுகளையும் கண்டிப்பாக நிரப்ப வேண்டும்.

படிவத்தை நிரப்புவது குறித்த முக்கியமான வழிகாட்டிகள்

இழப்பீடு கோருபவர் இழப்பீடு கோரல் படிவத்தில் உள்ள எல்லா புலங்களையும் பேரெழுத்துக்களில் நிரப்ப வேண்டும்.

பிரிவு A: இழப்பீடு கோருபவரின் விவரங்கள் மற்றும் என் இ.எ.ஃப்.டி விவரம்

- பாலிசி எண்கள் மற்றும் எழுத்துக்கள் குழப்பமின்றியும் தெளிவாகவும் இருக்க வேண்டும்.
- உங்கள் முகவரி, தொலைபேசி எண்கள் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐ.டி ஆகியவை தற்போது பயன்படுத்துபவையாக இருப்பதை உறுதிசெய்யவும், ஏனெனில் உங்களுடனான தகவல்தொடர்பு இவை மூலமே நடைபெறும்.
- பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு ஏற்ப இழப்பீடு கோரல் வழங்கப்படக்கூடும் என்பதால் உங்கள் கணக்கில் இழப்பீட்டுத் தொகையை நாங்கள் நேரடியாக இடமாற்றுவதற்கு, என் இ.எ.ஃப்.டி படிவத்தை முழுமையாக நிரப்பி, ரத்துசெய்த காசோலை/வங்கிக் கணக்குப் புத்தகத்தின் நகலை இணைக்கவும்.
- தகவல்தொடர்புக்கான முன்னுரிமை மொழியாக ஒரே ஒரு மொழியைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

பிரிவு B: ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் விவரங்கள்

- "பிறர்" என்னும் விருப்பத்தேர்வைத் தேர்வுசெய்யும்போது, வழங்கப்பட்டுள்ள இடத்தில் விவரங்களைக் குறிப்பிடவும்.
- கோரப்படும்போது, தேவையான ஆவணங்களை வழங்கவும்.

பிரிவு C: ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட விவரங்கள்

- மருத்துவம் செய்த மருத்துவரால் வழங்கப்பட்ட அனைத்து மருத்துவ அறிக்கைகள், ஆவணங்கள் மற்றும் சான்றிதழ்க்கும், அவர் அத்தகைய ஆவணம்/சான்றிதழை வழங்குவதற்கு இந்தியச் சட்டங்களின்படி தகுதியுள்ளவரா என்பதை உறுதிசெய்து கொள்ளவும்.
- ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் பிற காப்பீடு பாலிசிகளை மறைப்பது, இழப்பீடு கோரலை செல்லாததாகிவிடலாம்.

பிரிவு D: விபத்து/கொலைதற்கொலை காரணமாக ஏற்பட்ட மரணம் குறித்த விவரங்கள்

- விபத்தைப் பற்றிய விரிவான விளக்கத்தை அளிக்கவும்.
- பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை மற்றும் முதல் தகவல் அறிக்கை ஆகியவற்றை இணைக்கவும், இல்லையெல் அது ஏன் கிடைக்கவில்லை அல்லது வழங்கப்படவில்லை என்ற காரணத்தை தெளிவாகக் குறிப்பிடவும்.

பிரிவு E: உறுதியேற்பு மற்றும் அங்கீகாரமளித்தல்

- குறிப்பிடப்பட்டுள்ள இடத்தில் கையொப்பத்தையும் தொடர்பு விவரங்களையும் வழங்கவும்.
- எங்கள் சேவையை மதிப்பிட மறக்காதிர்கள்.

ஓப்புக்கைச் சீட்டை பத்திரமாக வைத்திருக்கவும், ஹெச்.டி.எஃப்.சி.லைஃப் -இன் பிரதிநிதிகள் கேட்கும்போது, அதைக் காண்பிக்கவும்.

செல்லுபடியாகும் அடையாள & முகவரிச் சான்றுகளின் பட்டியல் (சமர்ப்பிக்கும் ஆவணத்தை டிக் செய்யவும்)

புகைப்பட அடையாளச் சான்று (ஏதேனும் ஒன்று)	முகவரிச் சான்று (ஏதேனும் ஒன்று)
<input type="checkbox"/> ஆதார் அட்டை	<input type="checkbox"/> ஆதார் அட்டை
<input type="checkbox"/> செல்லுபடியாகும் பாஸ்போர்ட்	<input type="checkbox"/> செல்லுபடியாகும் பாஸ்போர்ட்
<input type="checkbox"/> வாக்காளர் அடையாள அட்டை	<input type="checkbox"/> வாக்காளர் அடையாள அட்டை
<input type="checkbox"/> பான் கார்டு	<input type="checkbox"/> செல்லுபடியாகும் ஓட்டுனர் உரிமம்
<input type="checkbox"/> வாக்காளர் அடையாள அட்டை	<input type="checkbox"/> செல்லுபடியாகும் ஓட்டுனர் உரிமம்
<input type="checkbox"/> செல்லுபடியாகும் ஓட்டுனர் உரிமம்	<input type="checkbox"/> 6 மாதங்களுக்கு மிகாத பயன்பாட்டு ரசீது (மின்சாரம்/தொலைபேசிக் கட்டண ரசீது)
<input type="checkbox"/> முத்திரையிட்ட புகைப்படத்துடன் கூடிய வங்கிக் கணக்குப் புத்தகம்	<input type="checkbox"/> முத்திரையிட்ட புகைப்படத்துடன் கூடிய வங்கிக் கணக்குப் புத்தகம்
<input type="checkbox"/> பணியாளர்களுக்கு மத்திய / மாநில அரசுகள் வழங்கிய அடையாள அட்டை	

சமர்ப்பிக்க வேண்டிய ஆவணங்கள்

அவசியமான ஆவணங்கள்	கூடுதல் ஆவணங்கள்
அசல் காப்பீட்டு ஆவணம்	நோயினால் மருத்துவமனையில் அனுமதி/இறப்பு
உள்ளூர் அதிகாரி வழங்கிய இறப்புச் சான்றிதழின் நகல்	இறப்புக்கான மருத்துவக் காரணச் சான்றிதழின் நகல்
இழப்பீடு கோருபவரின் ஆதார் அட்டை மற்றும் பான் கார்டு விவரங்கள்	கடந்த காலத்தில் எடுத்துக் கொண்ட எல்லா சிகிச்சைகளின் மருத்துவப் பதிவுகள். (மருத்துவமனை அனுமதிக் குறிப்புகள், மருத்துவநிலை வரலாறு/முன்னேற்றத் தாள்கள், மருத்துவமனை டிஸ்சார்ஜ்/இறப்பு விவரச்சுருக்கம், பரிசோதனை அறிக்கைகள் போன்றவை)
ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் ஆதார் அட்டை மற்றும் பான் கார்டு விவரங்கள்	விபத்து காரணமாக மரணம்
ரத்துசெய்யப்பட்ட காசோலை, உடலை எரித்த/புதைத்ததற்கான ரசீது, பணியாளர் சான்றிதழ்	முதல் தகவல் அறிக்கையின் நகல் (எஃப்.ஐ.ஆர்), பஞ்சநாமா /விசாரணை அறிக்கை, பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை (பி.எம்.ஆர்), ஓட்டுனர் உரிமம், காவல்துறையின் இறுதி அறிக்கை, உள்ளூறுப்புகள் அறிக்கை, பொருந்தினால், செய்தித்தாள்கள் துண்டு(கள்), ஏதேனும் இருந்தால், பொருந்தும் பிற
ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் மாத ஊதியம் பெறுபவராக இருந்திருந்தால்	

பொறுப்புத்தர்ப்பு: தேவைப்பட்டால், மேலும் அதிக தகவல்கள்/ஆவணங்களைக் கோருவதற்கான உரிமை ஹெச்.டி.எஃப்.சி.ஸ்டாண்டர்ட் ஆயுள் காப்பீட்டு நிறுவனத்திற்கு உள்ளது.

இங்கே கையொப்பமிடவும்

இழப்பீடு கோருபவரின் கையொப்பம்

பிரிவு A*

காப்பீடு விவரங்கள்

காப்பீடு எண்(கள்):

இழப்பீட்டுக் கோரிக்கைப் படிவத்தை நிரப்ப உதவியவர்: ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப் பணியாளர் பாலிசி முகவர் உறவினர்கள் பொருத்தாது

மேலே ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப் பணியாளர் அல்லது உறவினர்கள் என்னும் விருப்பத்தேர்வு தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டிருந்தால், அவர்களைப் பற்றிய விவரங்கள்

உறவினர்கள் பணியாளரின் பெயர்: திரு. செல்வி திருமதி F I R S T L A S T

தொடர்பு: M O B I L E

இழப்பீட்டு கோருபவரின் சமீபத்திய பாஸ்போர்ட் சைஸ் புகைப்படத்தை ஒட்டவும்

இழப்பீட்டு கோருபவரின் விவரங்கள்

இழப்பீட்டு கோருபவரின் பெயர்: திரு. செல்வி திருமதி F I R S T L A S T

பிறந்த தேதி: D M Y Y Y Y

முகவரி: F I R S T L A S T F L A T N O.

B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.

L A N D M A R K

C I T Y / V I L L A G E

D I S T R I C T S T A T E

அஞ்சலகறியீடு:

தொடர்பு எண்: O F F I C E R E S I D E N C Y M O B I L E

அலுவலகம் & அல்லது தனிப்பட்ட மின்னஞ்சல் ஐ.டி:

பணி விவரங்கள்: சேவை வணிகம் சுய தொழில் இல்லத்தரசி பிற

மாதந்திர வருமானம் (இந்திய ரூபாய்): 20,000 வரை 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் உடனான உறவு: மனைவி குழந்தைகள் பெற்றோர் பிறர் S P E C I F Y

இழப்பீட்டு கோருபவரின் மரியாதை விதி நாமனி நிர்வகிப்பவர் பொறுப்பாளர் நிபந்திக்கப்பட்டவர் பணி வழங்குநர் பராமரிப்பவர் பயாளர்

இழப்பீட்டு கோருபவரின் பார் எண்: அல்லது படிவம் 60 படிவம் 61

இழப்பீட்டு கோருபவரின் ஆதார எண்:

இழப்பீட்டு கோருபவருக்கு அரசியல் தொடர்பு உள்ளதா (பி.இ.பி)? ஆம் இல்லை *பி.இ.பி: அரசாங்கத்திற்குச் சொந்தமான நிறுவனத்தில் முதுநிலை மேலாண்மையில் அல்லது அரசியல் கட்சியில் அல்லது சர்வதேச நிறுவனத்தில் உறுப்பினராக உள்ளவர்கள். எ.கா. இயக்குனர்கள், துணை இயக்குனர்கள் மற்றும் இயக்குனர்கள் குழுவில் அல்லது அதற்குச் சமமான செயல்பாடுகளில் உறுப்பினர்கள்

விருப்பமான தகவல்தொடர்பு முறை: மின்னஞ்சல் அஞ்சல் கடிதங்கள் (மின்னஞ்சல் என்பது தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால், அஞ்சல் கடிதங்கள் அனுப்பப்படாது)

தகவல் தொடர்புக்கான உங்கள் விருப்ப முடியியை டிக் செய்யவும் ஆங்கிலம் இந்தி தமிழ் தெலுங்கு மலையாளம் கன்னடம் குஜராத்தி

மராத்தி பெங்காலி பஞ்சாபி உருது அஸ்ஸாமீஸ் ஒடியா

இழப்பீட்டு கோருபவரின் என்.இ.எ.பி.டி விவரம்/வங்கிக் கணக்கு விவரங்கள்

குழந்தைகள் திட்டமெனில், பயாளர் ஒரு வயதுவந்த நபர் என்றால், பயாளரின் கணக்கு விவரங்களை வழங்கவும்.

வங்கிக் கணக்கு எண்:

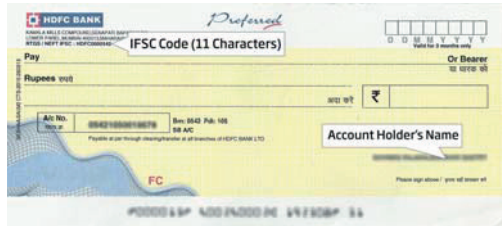
கணக்கு உரிமையாளரின் பெயர்:

வங்கியின் பெயர் & கிளை:

கணக்கு வகை சேமிப்புக் கணக்கு நடப்புக் கணக்கு என்.ஆர்.டி என்.ஆர்.இ

*எல்லா பிரிமியங்களும் என்.ஆர்.இ **பகுதியளவு பிரிமியங்கள் என்.ஆர்.இ கணக்கிலிருந்து செலுத்தப்பட்டன:

ஐ.எ.பி. எஸ்.சி: *உங்கள் காசோலையில் காண்பிக்கப்பட்டிருக்கும் 11 எழுத்துக் குறியீடு



குறிப்பு:

- என்.இ.எ.பி.டி விவரத்துடன், கணக்கு எண் மற்றும் ஐ.எ.பி.எஸ்.சி விவரங்கள் உள்ள ரத்துசெய்யப்பட்ட தனிப்பயனாக்கிய காசோலையை இணைத்து சமர்ப்பிக்க வேண்டும். தனிப்பயனாக்கப்படாத காசோலை என்றால், என்.இ.எ.பி.டி விவரத்துடன் சமீபத்திய வங்கிக் கணக்கு அறிக்கை அல்லது கணக்குப் புத்தகத்தின் நகல் (அவற்றில் கணக்கு எண் மற்றும் ஐ.எ.பி.எஸ்.சி விவரங்கள் குறிப்பிடப்பட்டிருக்க வேண்டும்) சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- இந்த என்.இ.எ.பி.டி விவரம் செயலாக்கப்படும்போது, ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப்பில் கிளையண்ட்டிற்கு இருக்கும் எல்லா காப்பீடுகளுடன் முன்பு இணைக்கப்பட்டுள்ள என்.இ.எ.பி.டி விவரங்களும் இந்தப் புது விவரங்களால் திருத்தி அமைக்கப்படும்.
- என்.இ.எ.பி.டி தோல்வியுற்றால் அல்லது அதன் விவரங்களில் மேலும் தகவல்கள் தேவையென்றால், புதிய என்.இ.எ.பி.டி விவரம் பெறப்படும் வரை பணம் வழங்கல் நிறுத்தி வைக்கப்படும். அதைக் குறித்து உங்களுக்கு அறிவிப்பு அனுப்பப்படும்.
- *என்.ஆர்.இ கணக்கில் (முழுமையான அல்லது பகுதியளவு) பணம் திரும்ப வழங்கப்படுவது என்பது, அந்த என்.ஆர்.இ கணக்கு மூலம் செலுத்தப்பட்ட பிரிமியங்களின் விகிதத்திற்கு உட்பட்டது. என்.ஆர்.இ கணக்கு மூலம் பிரிமியங்களைச் செலுத்தியதற்குச் சான்றாக, வங்கிக் கணக்கு அறிக்கை அல்லது வங்கி உறுதிப்படுத்தல் கடிதத்தைச் சமர்ப்பிக்கவும்.
- ** பகுதியளவு பணம் வழங்கல் என்றால், என்.ஆர்.இ கணக்கு மற்றும் என்.ஆர்.இ-அல்லாத கணக்கு என இரண்டு என்.இ.எ.பி.டி விவரங்களையும் வழங்கவும்.

உறுதியளிப்பு:

- மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள விவரங்கள் சரியானவை என்று நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கிறேன்/ோம். முழுமையற்ற அல்லது தவறான தகவல்கள் காரணமாக பரிவர்த்தனை தாமதமானால் அல்லது நடைபெறவே இல்லை என்றால், நான்/நாங்கள் ஹெச்.டி.எ.பி.சி ஸ்டான்டர்ட் லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் ("ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப்") அல்லது அதன் கூட்டாளர்கள்/முகவர்களைப் பொறுப்பாக்க மாட்டேன்/ோம். மேலும், மேலே ஏதேனும் தவறான தகவல்களால் ஏற்பட்ட ஏதேனும் இழப்புகளுக்கு ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப் -ஐப் பொறுப்பாக்க மாட்டேன்/ோம் என்பதை நான்/ நாங்கள் ஏற்கிறேன்/ோம்.
- ஏதேனும் காரணத்தால் எந்த நேரத்திலும் எனது/எங்களது கணக்கில் கூடுதலாக செலுத்தப்பட்ட தொகையை, ஹெச்.டி.எ.பி.சி லைஃப் திரும்பக் கோரினாலும் இல்லையென்றாலும், திருப்பித் தருவதற்கு நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கிறேன்/ோம்.

தேதி: D M Y Y Y Y

இடம்:

இங்கே கையொப்பமிடவும்

இழப்பீட்டு கோருபவரின் கையொப்பம்

பிரிவு B*

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் (எல்.ஏ) விவரங்கள்

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் பெயர்: திரு. செல்வி திருமதி F I R S T L A S T

தந்தையின் பெயர்: F I R S T L A S T

எல்.ஏ -இன் பான் எண் மற்றும் ஆதார் எண்: பான் எண் ஆதார்

இறந்த தேதி: D D M M Y Y இறந்தபோது வயது: Y Y M M இறந்த நேரம்: H H : M M : S S

இறந்த இடம்: இடம்: மருத்துவமனை பணி இடம் வீடு பிற S P E C I F Y

இறந்த இடத்தின் முகவரி F I R S T L A S T F L A T N O.
B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
C I T Y / V I L L A G E
D I S T R I C T S T A T E

அஞ்சல்குறியீடு:

இந்தியாவுக்கு வெளியே இறப்பு நேர்ந்திருந்தால், உடலை இடமாற்றுவதற்காக தூதரகத்திலிருந்து பெற்ற அனுமதிசான்றிதழ்: உள்ளது: இல்லை

இல்லையென்றால், காரணம் என்ன?

உடலைப் புதைத்த/எரித்த சான்றிதழ் இணைக்கப்பட்டுள்ளதா? ஆம்: இல்லை

இல்லையென்றால், காரணம் என்ன?

புதைத்த/எரித்த இடத்தின் முகவரி F I R S T L A S T F L A T N O.
B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
C I T Y / V I L L A G E
D I S T R I C T S T A T E

அஞ்சல்குறியீடு:

இறப்பின் தன்மை: மருத்துவக் காரணம்: விபத்து கொலை தற்கொலை

மரணத்திற்கான உடனடிக் காரணம்:

மரணத்திற்கான துழ்நிலைகள்:

மரணம்/உடலை எரித்த/புதைத்தபோது உடனிருந்த உறவினரின் பெயர் மற்றும் தொடர்பு விவரங்கள்:

1^{ஆம்} பெயர்: F I R S T L A S T

தொடர்பு விவரங்கள்: O F F I C E M O B I L E

2ஆம் பெயர்: F I R S T L A S T

தொடர்பு விவரங்கள்: O F F I C E M O B I L E

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் பணி விவரங்கள்

பணி விவரங்கள்: சேவை வணிகம் சுய தொழில் இல்லத்தரசி பிற: S P E C I F Y

மாதாந்திர வருமானம் (இந்திய ரூபாயில்) 20,000 வரை 20,001-50,000 50,001-1,00,000 >1,00,000

பணி வழங்குநரின் பெயர்:

பணி இடம்/பணிவணிகம் செய்யும் இடத்தின் முகவரி F I R S T L A S T F L A T N O.
B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
L A N D M A R K
C I T Y / V I L L A G E
D I S T R I C T S T A T E

அஞ்சல்குறியீடு:

கடைசியாக வேலை/பணிவணிகம் செய்த இடம்:

பணி வழங்குநரின் தொடர்பு விவரங்கள்: N A M E M O B I L E

கடைசி வேலைத் தேதி: D D M M Y Y Y Y

இங்கே கையொப்பமிடவும்

இழப்பீடு கோருவரின் கையொப்பம்

பிரிவு C

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட விவரங்கள்

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் பின்வருபவை இருப்பதாகக் கண்டறிபட்டாரா/இவற்றால் துன்புற்றாரா இந்நோய்களுக்கு சிகிச்சை எடுத்துக் கொண்டாரா?

ஹைப்பர்டென்ஷன் நிரிழிவு இதய நோய் கல்லீரல் நோய் சிறுநீரக நோய்
 புற்றுநோய் பிற S P E C I F Y

நோய் முதன்முதலாகக் கண்டறியப்பட்ட தேதி: D D M M Y Y Y Y

உங்கள் உடனடிக்குடும்ப உறுப்பினர்கள் யாரேனும் இதே போன்று நோயுற்று இருக்கிறார்களா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில், அது முதன்முதலாகக் கண்டறியப்பட்ட விவரங்களை வழங்கவும்:

வெளிநோயாளியாக அல்லது உள்ளநோயாளியாக சிகிச்சை பெற்ற தேதிகள் உட்பட, சிகிச்சை பெற்ற விவரங்கள்

அனுமதி வகை: அவசரசிகிச்சை திட்டமிடப்பட்டது நாள் பராமரிப்பு தாய்மை எதுவுமில்லை

அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல், வழங்கப்பட்ட சிகிச்சைகள்:

காயத்தினால் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டாரா: ஆம் இல்லை

ஆம் என்றால், காரணத்தைக் கூறவும்: தானாக ஏற்படுத்திக்கொண்டது சாலை விபத்து போதைப் பொருள் பழக்கம்

டிஸ்சார்ஜ் செய்த நேரத்தில் அவரது நிலை: வீட்டுக்கு டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்டார் மற்றொரு மருத்துவமனைக்கு டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்டார் இறந்துவிட்டார்

இறப்புச் சான்றிதழிலுள்ள மருத்துவக் காரணம்: உள்ளது இல்லை இணைக்கவும். இல்லை என்றால், காரணத்தைக் கூறவும்.

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் மருத்துவக் கலந்தாலோசனை வரலாறு(பாலிசி அபாயத் தொடக்கத் தேதியிலிருந்து கடந்த 5 வருடங்களுக்கு) பாலிசி ஆர்.சி.டி -இலிருந்து கடந்த 5 வருடங்களின்போது ஒரு மருத்துவருக்கும் அதிகமானவர்களுடன் ஆலோசித்திருந்தால், அந்த எல்லா விவரங்களையும் குறிப்பிடும் ஒரு தனிப் பக்கத்தை இணைக்கவும்.

மருத்துவரின் பெயர்: F I R S T L A S T

மருத்துவமனையின் முகவரி: F I R S T L A S T F L A T N O.
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
 D I S T R I C T S T A T E அஞ்சல்குறியீடு:

மருத்துவரின் தொடர்பு விவரங்கள்:

கலந்தாலோசித்த தேதிகள்: D D M M Y Y Y Y

கலந்தாலோசனைக்கான காரணங்கள்:

மருத்துவரின் விவரங்கள்

கடைசியாக சிகிச்சையளித்த மருத்துவர்: F I R S T L A S T

மருத்துவமனையின் முகவரி: F I R S T L A S T F L A T N O.
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
 D I S T R I C T S T A T E அஞ்சல்குறியீடு:

மருத்துவரின் தொடர்பு விவரங்கள்: O F F I C E M O B I L E

குடும்ப மருத்துவர்: F I R S T L A S T

மருத்துவமனையின் முகவரி: F I R S T L A S T F L A T N O.
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
 D I S T R I C T S T A T E அஞ்சல்குறியீடு:

மருத்துவரின் தொடர்பு விவரங்கள்: O F F I C E M O B I L E

இறப்பை அறிவித்த மருத்துவர்: F I R S T L A S T

மருத்துவமனையின் முகவரி: F I R S T L A S T F L A T N O.
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O.
 D I S T R I C T S T A T E அஞ்சல்குறியீடு:

மருத்துவரின் தொடர்பு விவரங்கள்: O F F I C E M O B I L E

இங்கே கையொப்பமிடவும்

இழப்பீடு கோருபவரின் கையொப்பம்

வாழ்க்கைமுறை விவரங்கள்

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரருக்கு குடிப்பழக்கம், புகைப்பழக்கம் மற்றும்/அல்லது புகையிலை மெல்லும் பழக்கம் இருந்ததா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில், விவரங்களை வழங்கவும்.

பீர்	விஸ்கி	வைன்	பிற:	S	P	E	C	I	F	Y	மில்பாட்டில் ஒரு நாளைக்கு
சிகரெட்டுகள்	பீடி	புகையிலை	குட்கா	பிற:	S	P	E	C	I	F	ஒரு நாளைக்கு கத்தளை சிமென்ட் அல்லது பாக்கெட்டுகள்
ஆயுள் காப்பீட்டுதாரருக்கு போதை மருந்துப் பழக்கம் இருந்ததா:			போதைப் பொருட்களின் பெயர்கள்	பயன்படுத்திய வருடங்களின் எண்ணிக்கை			பயன்படுத்திய அளவு				
பிற போதை மருந்துப் பழக்கங்கள், ஏதேனும் இருந்தால்:											

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் பிற ஆயுள்/மருத்துவக் காப்பீட்டு விவரங்கள்

பாலிசி எண்	இன்தரன்ஸ் நிறுவனத்தின் பெயர்	அடிப்படை காப்பீட்டுத் தொகை (எஸ்.ஏ)	அபாய தொடக்கத் தேதி (ஆர்.சி.டி)	இழப்பீடுகோரல் நிலை பொருத்தமான பெட்டிகளை டிக் செய்யவும்						
				இழப்பீடுகோரல் விண்ணப்பிக்கப்பட்டுள்ளது	இழப்பீடுகோரல் விண்ணப்பிக்கப்படவில்லை	இழப்பீடுகோரல் தொகை பகுதியளவு பெறப்பட்டுள்ளது	இழப்பீடுகோரலுக்கு எதிராக சட்டப்பூர்வ கோரிக்கை பதிவுசெய்யப்பட்டுள்ளது	முழு இழப்பீடுகோரல் தொகை பெறப்பட்டுள்ளது	இழப்பீடுகோரல் நிராகரிக்கப்பட்டது	
			DDMMYY							
			DDMMYY							
			DDMMYY							
			DDMMYY							
			DDMMYY							

பிற காப்பீட்டு நிறுவனத்திடம் இழப்பீடுகோரல் செய்யப்படவில்லை என்றால், அதற்கான காரணம் என்ன?

பிரிவு D

விபத்து/கொலை/தற்கொலை காரணமாக ஏற்பட்ட மரணம் நேரிட்டிருந்தால்

முதல் தகவல் அறிக்கை பதிவுசெய்யப்பட்ட காவல் நிலையத்தின் முகவரி & தொடர்பு விவரங்கள்:

பதிவு செய்யவில்லை என்றால், காரணத்தைக் கூறவும்.

பிரேதப் பரிசோதனை நடத்தப்பட்ட மருத்துவமனையின் விவரங்கள்

பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை இணைக்கப்பட்டுள்ளதா?

ஆம்

இல்லை

இணைக்கவில்லை என்றால், காரணத்தைக் கூறவும்

சம்பவம் எப்படி நடைபெற்றது என்பது குறித்த விவரங்கள்

ரயில்

சாலை

ஆகாயம்

பிற

S

P

E

C

I

F

Y

விபத்தில் சம்பந்தப்பட்டவர்கள் & விபத்து நடந்த இடத்தின் விவரங்கள்

இங்கே கையொப்பமிடவும்

இழப்பீடு கோருபவரின் கையொப்பம்

உறுதியேற்பு மற்றும் அங்கீகாரமளித்தல்

- மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள அனைத்து விவரங்களும் என்னுடைய அறிவுக்கும் நம்பிக்கைக்கும் ஏற்ப உண்மையானவை & சரியானவை என்று இதன் மூலம் நான்நாங்கள் உறுதியளிக்கிறேன்(றோம்).
- வழங்கப்பட்டுள்ள விவரங்களின் உண்மைத்தன்மை மற்றும் சரியான நிலைக்கு அனைத்து வகையிலும் உறுதியளிக்கிறேன் மற்றும் நான் ஏதேனும் பொய்யான அல்லது உண்மையற்ற கூற்றைச் செய்திருந்தால் அல்லது செய்தால், ஏதேனும் சான்ற வெளியிடாமல் இருந்தால் அல்லது மறைத்தால், கூறப்பட்டுள்ள செலவீனங்களை திரும்பப் பெறுவதற்கான என்னுடைய கோரிக்கை உரிமை முழுமையாக நிராகரிக்கப்படும் என்பதை ஏற்கிறேன்.
- இந்தப் படிவம் சமர்ப்பிக்கப்படுவதால் கோரிக்கை செயலாக்கப்படும் என்று பொருளாகாது என்பதைப் புரிந்துகொண்டு, ஏற்கிறேன்.
- காப்பீட்டின் கீழ் வழங்கப்படும் எந்தவொரு பணம் வழங்கலும் கண்டிப்பாக காப்பீட்டின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளின்படி மட்டுமே நிகழும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- எந்தவொரு பணம் வழங்கலும் கடைசி புதுப்பிப்பு பிரிமியம் கட்டணம் கைவரப் பெற்ற பின்னரே வழங்கப்படும்.
- ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் தொடர்புடைய ஹெச்.ஐ.வி.எயிட்ஸ் மற்றும் பிற நோய்கள் உள்ளிட்ட முந்தைய மற்றும் தற்போதைய மருத்துவ சிகிச்சைத் தகவல்களை வெளியிடுவதற்கு அனைத்து மருத்துவ நிறுவனங்கள் (பரிசோதனைக் கூடங்கள் உட்பட), அரசாங்க நிறுவனங்கள் (காவல்துறை, வருவாய்த்துறை போன்றவை) ஆகியவற்றுக்கு அங்கீகாரமளிக்கிறேன்.
- இந்த உறுதியேற்பின் புகைப்பட நகலை செல்லுபடியானதாகவும் செயலிலுள்ளதாகவும் கொள்ளலாம்.
- ஹெச்.ஐ.எ.பி.சி லைஃப் நிறுவனம் இன்தரன்ஸ் பாலிசிக்கு சேவையளித்தல், அபாயங்களுக்கு எழுத்துறுதி அளித்தல், பணம் வழங்கல்களை வழங்குதல் போன்றவற்றுக்கு எனது குறிப்பிட்ட ஒப்புதல் இல்லாமல் ஒரு விசாரணை முகமை அல்லது பிற சேவை வழங்குநர்(கள்) மூலம் எந்தவொரு மறுகாப்பீடு வழங்குநர், காப்பீட்டுச் சங்கம், மருத்துவ அதிகாரிகள், பிற காப்பீட்டு வழங்குநர்கள், அரசு அதிகாரிகள், பணி வழங்குநர், நீதிமன்றம், அரசு அமைப்பு, ஒழுங்குமுறை ஆணையம் போன்றவர்களுடன் எனது சார்பில் தகவல்களைப் பகிர்வும் பெறவும் அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன் மற்றும் அதற்கு இங்கு எனது ஒப்புதலை அளிக்கிறேன்.

தேதி:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	இங்கே கையொப்பமிடவும்	தேதி:	D	M	M	Y	Y	Y	Y	இங்கே கையொப்பமிடவும்
இடம்:										இடம்:								
இழப்பீடு கோருபவரின் கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை									சாட்சியின் கையொப்பம்									
சாட்சியின் பெயர்:	F	I	R	S	T				L	A	S	T						
முகவரி:																		
தொடர்பு விவரங்கள்:	O	F	F	I	C	E			M	O	B	I	L	E				

இழப்பீடு கோருபவர் தனது பெருவிரல் ரேகையைப் பதிவுசெய்துள்ளார்/வட்டார வழக்கில் கையொப்பமிட்டுள்ளார்/விண்ணப்பத்தை நிரப்பவில்லை

இந்த விண்ணப்பப் படிவத்திலுள்ள உள்ளடக்கங்களை இழப்பீடு கோருபவருக்கு மொழியில் விவரித்துள்ளேன் என்றும், அவர் எனக்கு அளித்த பதில்களை உண்மையாகப் பதிவுசெய்துள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன். இழப்பீடு கோருபவர் எனக்கு முன்பாக கையொப்பமிட்டார்தனது பெருவிரல் ரேகையைப் பதிவுசெய்தார் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன்.

மூன்றாம் தர்பு நபரின் பெயர்:																		இங்கே கையொப்பமிடவும்
முகவரி:																		
தொடர்பு விவரங்கள்:																		
தேதி:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	இடம்:									மூன்றாம் தர்பு நபரின் கையொப்பம்

ஹெச்.ஐ.எ.பி.சி ஸ்டாண்டர்ட் லைஃப் இன்தரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட். ஐ.ஆர்.டி.ஏ.ஐ பதிவு எண். 101.

பதிவு அலுவலகம்: 13ஆம் தளம், லோதா எக்ஸலஸ், அப்பல்லோ மில்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், என்.எம். ஜோஷி மார்க், மகாலக்ஷ்மி, மும்பை - 400 011. L65110MH2000PLC128245.

வாடிக்கையாளர் ஒப்புக்கை நகல்-தனிப்பட்ட இறப்பு இழப்பீடுகோரல் படிவம்

காப்பீட்டு எண்.	இழப்பீடு கோருபவரின் பெயர்								
கிளைப் பெயர்/ தகவல்தொடர்பு ஐ.டி	தேதி	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
பணியாளரின் பெயர்	பணியாளர் குறியீடு								
பணியாளரின் கையொப்பம்		கிளை முத்துரை							

சமர்ப்பிக்கப்பட்ட ஆவணங்கள்

<input type="checkbox"/> அசல் காப்பீட்டு ஆவணம்	<input type="checkbox"/> ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் பணியாளர் சான்றிதழ்
<input type="checkbox"/> இழப்பீடு கோருபவரின் ஆதார எண் <input type="checkbox"/> பான் எண்	<input type="checkbox"/> எம்.சி வழங்கிய இறப்புச் சான்றிதழ்
<input type="checkbox"/> ஆயுள் காப்பீட்டுதாரரின் ஆதார எண் <input type="checkbox"/> பான் எண்	<input type="checkbox"/> ரத்துசெய்யப்பட்ட காசோலை
<input type="checkbox"/> முதல் தகவல் அறிக்கை (எஃப்.ஐ.ஆர்)	<input type="checkbox"/> இருப்பிடமுகவரிச் சான்று
<input type="checkbox"/> பஞ்சநாமா	<input type="checkbox"/> பிரேதப் பரிசோதனை அறிக்கை (பி.எம்.ஆர்)
<input type="checkbox"/> இறுதி அறிக்கை	<input type="checkbox"/> இழப்பீடு கோருபவரின் புகைப்படம்
<input type="checkbox"/> முழுமையான மருத்துவப் பதிவுகள்	<input type="checkbox"/> உடலை எரித்த அல்லது புதைத்ததற்கான ரசீது
<input type="checkbox"/> இறப்புச் சான்றிதழிலுள்ள மருத்துவக் காரணம்	<input type="checkbox"/> பிற

பொறுப்புத்திறப்பு: தேவைப்பட்டால், மேலும் அதிக தகவல்கள்/ஆவணங்களைக் கோருவதற்கான உரிமை ஹெச்.ஐ.எ.பி.சி ஸ்டாண்டர்ட் லைஃப் இன்தரன்ஸ் நிறுவனத்திற்கு உள்ளது.

ஹெச்.ஐ.எ.பி.சி ஸ்டாண்டர்ட் லைஃப் இன்தரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் ("ஹெச்.ஐ.எ.பி.சி லைஃப்", ஐ.ஆர்.டி.ஏ.ஐ பதிவு எண்.101.

பதிவு அலுவலகம்: 13ஆம் தளம், லோதா எக்ஸலஸ், அப்பல்லோ மில்ஸ் காம்ப்ளெக்ஸ், என்.எம். ஜோஷி மார்க், மகாலக்ஷ்மி, மும்பை - 400 011.

அழைக்கவும் 1800-267-9999 (உள்ளூர் அழைப்புக் கட்டணங்கள் பொருந்தும்). நாட்டுக் குறியீட்டை, உதா. +91 அல்லது 00, முன்னொட்டாகச் சேர்க்க வேண்டாம். திங்-சனி வரை, காலை 10 மணி முதல் மாலை 7 மணி வரை அழைக்கலாம் | மின்னஞ்சல் - service@hdclife.com |

NRIservice@hdclife.com (என்.ஆர்.ஐ வாடிக்கையாளர்களுக்கு மட்டும்) பார்வையிடவும் - www.hdclife.com. CIN:L65110MH2000PLC128245.