SBI Life
உங்களுக்காக. உங்களது அன்புக்குரியவர்களுக்காக.

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
பாலிசி புதுப்பிப்பு மற்றும் நல்ல ஆரோக்கிய உறுதிமொழிக்கான வேண்டுகோள்

பாலிசி / படிவம் எண்	
காப்பீட்டுதாரரின் பெயர்	
பிறந்த தேதி	
பாலினம்	ஆண் ○ பெண் ○ மூன்றாவது பாலினம் ○
வயது (ஆண்டுகள்)	
தொழில் :	
குடியிருப்பு நிலை	○ குடியுரிமை பெற்ற இந்தியர் ○ என்ஆர்ஐ ○ இந்திய வம்சாவளியினர் (பீஐஓ) ○ அயல் நாட்டினர்
தற்போது குடியிருக்கும் நாடு:	
மொபைல் எண்	+
எடை (கிலோ)	
மின்அஞ்சல் ஐடி	
உயரம் (செமீ)	
வங்கி கணக்கு எண். (பாலிசிதாரர்)	
ஐஎஃப்எஸ் கோடு	

1)	நீங்கள் தற்பொழுது நல்ல ஆரோக்கியத்துடன் இருக்கிறீர்களா? *இல்லை எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
2)	கடந்த ஓர் ஆண்டு காலத்தில், உங்களுடைய எடையில் 5 கிலோவிற்கு மேல் அதிகரித்து/குறைந்து உள்ளதா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
3)	இந்த பாலிசியின் முன்மொழிவு தேதியிலிருந்து a. நீங்கள் 3 அல்லது அதிக நாட்களுக்கு சிகிச்சை தேவைப்படும் வகையில் உடல்நலக்குறை / நோய் காரணமாக அவதிப்பட்டதுண்டா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
	b. நீங்கள் ஏதேனும் உடல் ரீதியான, மன ரீதியான அல்லது உணர்ச்சிரீதியான நிலைமை, காயம் அல்லது நோய் காரணமாக கூடிய விரைவில் அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ள அல்லது மருத்துவமனையில் தங்கி சிகிச்சை பெற அல்லது மருத்துவரிடம் ஆலோசிப்பதற்காக வருகைதர திட்டமிட்டுள்ளீர்களா அல்லது அறிவுறுத்தப்பட்டுள்ளீர்களா?. ஆம் எனில், *தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
	c. கடந்த 5 ஆண்டு காலத்தில், இருமல்/ஜலதோஷம் போன்ற சிறிய நலக்குறைவு தவிர, மருத்துவரின் ஆலோசனை பேரில் நீங்கள் ஏதேனும் சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டதுண்டா மற்றும்/அல்லது ஏதேனும் முக்கிய அறுவை சிகிச்சை மேற்கொண்டதுண்டா மற்றும்/அல்லது மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டதுண்டா மற்றும்/அல்லது சிடி/எம்ஆர்ஐ ஸ்கேன், ஆஞ்சியோகிராம், எண்டோஸ்கோபி, பயாப்ஸி போன்ற முக்கிய பரிசோதனைகளுக்கு உள்ளானதுண்டா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
4)	நீங்கள் இவற்றினால் அவதிப்படுகிறீர்களா அல்லது அவதிப்பட்டதுண்டா : அதிகரித்த இரத்த சர்க்கரை, நீரிழிவுநோய், உயர் இரத்த அழுத்தம், இதயம், நுரையீரல், சிறுநீரகம், கல்லீரல், தைராய்டு, மூளை/நரம்பு மண்டலம், எலும்பு/மூட்டு/முதுகெலும்பு, பிறப்புறுப்பு சிறுநீர்க்குழாய் நோய், உடலில் எந்த பாகத்தின் கோளாறு அல்லது இரத்த கோளாறு, செரிமானக் கோளாறு, மகப்பேறு கோளாறு, மனநல கோளாறு, ஹெச்ஐவி/எய்ட்ஸ் மற்றும்/அல்லது புற்றுநோய்/உடலில் எந்த பாகத்திலாவது கட்டி. *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
5)	உங்களுடைய ஆயுள் காப்பீடு, தீவிர நோய்நிலை அல்லது ஆரோக்கிய காப்பீட்டுக்கான முன்மொழிவு எப்போதாவது மறுக்கப்பட்டிருக்கிறதா, விலக்கப்பட்டிருக்கிறதா, தள்ளிப்போடப்பட்டுள்ளதா அல்லது உடல்நலம் அல்லது வாழ்க்கைமுறை காரணத்திற்காக கூடுதல் பிரீமியத்துடன் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்டிருக்கிறதா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
6)	உங்களுடைய தொழிலுடன் தொடர்புடைய ஏதேனும் பிரத்தியேக தீங்கிற்கு உள்ளாகி இருக்கிறீர்களா (உ.ம். இரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கங்கள், வெடிமருந்துகள், அரிப்புகள், போர் கடமைகள், எண்ணெய் ஆய்வு, அதிக கடல் பயணம் முதலியவை) அதனால் நீங்கள் காயங்கள் அல்லது உடல்நலக்குறை பாதிப்புகளுக்கு உள்ளாகி இருக்கிறீர்களா? ஆம் எனில், தயவுசெய்து தொழில் வினாதொகுதியில் விவரங்களை அளிக்கவும் மற்றும் இந்த உறுதிமொழியுடன் சமர்ப்பிக்கவும்.	○ ஆம் ○ இல்லை
7)	நீங்கள் ஒரு அரசியல்ரீதியாக அறியப்படும் நபரா (PEP) அல்லது அரசியல்ரீதியாக அறியப்படும் நபரின் நெருங்கிய உறவினரா? அரசியல்ரீதியாக அறியப்படும் நபர்கள் தனித்தன்மை உடையவர்கள் அல்லது முக்கியமான பொது செயல்பாடுகள் ஒப்படைக்கப்பட்டவர்கள், அதாவது, தலைவர்கள்/மத்திய அமைச்சர்கள்/மாநில அரசு அமைச்சர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசு, நீதிமன்ற, இராணுவ அதிகாரிகள், அரசு நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள் முக்கிய அரசியல் கட்சி அதிகாரிகள், மேற்கண்ட நபர்களின் நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினர் (வாழ்க்கைத்துணை, பெற்றோர்கள், உடன்பிறப்புகள், குழந்தைகள், வாழ்க்கைத்துணை பெற்றோர்கள் அல்லது உடன்பிறந்தோர்கள் மற்றும் அரசியல்ரீதியாக வெளிப்படும் நபர்களின் நெருங்கிய கூட்டாளிகள் அடங்குவர்). ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களை அளிக்கவும். இல்லை எனில் எதிர்காலத்தில் அரசியல்ரீதியாக அறியப்படும் நபர் நிலையில் மாற்றம் என்னும் நிலையில், நீங்கள் இத்தகைய மாற்றத்தை எஸ்பிஐ லைஃப்-க்கு தெரியப்படுத்த வேண்டும்.	○ ஆம் ○ இல்லை
8)	குற்றவியல் நடவடிக்கைகள், முதல் தகவல் அறிக்கை அல்லது தண்டனை குறித்த விவரம். a. உங்களுக்கு எதிராக ஏதேனும் முதல் தகவல் அறிக்கை அல்லது குற்றவியல் புகார் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளதா அல்லது தாக்கல் செய்யப்பட்டுள்ளதா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
	b. கடந்த காலத்திலோ அல்லது தற்பொழுதோ உங்களுக்கு எதிராக ஏதேனும் குற்றவியல் நடவடிக்கைகள் தொடங்கப்பட்டுள்ளதா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
	c. இந்தியாவில் அல்லது வெளிநாட்டில் ஏதேனும் குற்றவியல் நடவடிக்கைகள் கீழ் தண்டனை பெற்றதாக விவரம் ஏதேனும் உங்களுக்கு உள்ளதா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களையும் அளிக்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை

9)	அபாயகரமான விளையாட்டுகள், பொழுதுபோக்குகள், செயல்பாடுகள் அல்லது நாட்டங்களில் பங்கெடுத்துக் கொண்டது உண்டா அல்லது பங்கெடுத்துக் கொள்ளும் நோக்கம் ஏதேனும் உள்ளதா. உதாரணமாக, மலை ஏறுதல், நீர் மூழ்குதல், பந்தயம், அல்லது விமான போக்குவரத்து கட்டணம் செலுத்தி பயணியாக செல்வது தவிர, எந்த வகையிலும் அபாயகரமாக அமையலாம் என்னும் நிலையில் பங்கேற்றதுண்டா? *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களை அளிக்கவும்*	○ ஆம் ○ இல்லை
10)	(a) நீங்கள் கீழ்க்கண்ட பொருள்களில் எதையாவது எடுத்துக்கொள்வதுண்டா?	

எடுத்துக் கொள்ளப்படும் பொருள்	ஆம்/இல்லை	ஆம் எனில், தயவுசெய்து விவரங்களை அளிக்கவும்	
		அளவு	எப்போது முதல் (ஆண்டுகள்)
புகையிலை (சிகரெட், சுருட்டு, குட்கா முதலியவை)	○ ஆம் ○ இல்லை	______ஸ்டிக்குகள்/பேக்கெட்கள் நாள் ஒன்றுக்கு	
மதுபானம்	○ ஆம் ○ இல்லை	மதுபானத்தின் வகை__________ அதாவது விஸ்கி, பீர் முதலியவை வாரம் ஒன்றுக்கு அளவு ______மிலி	
ஏதேனும் போதைப்பொருள்கள்	○ ஆம் ○ இல்லை	போதைமருந்து வகை__________	

(b) கடந்த 1 ஆண்டில் மேற்கண்டவற்றில் நீங்கள் எதையாவது விட்டுவிட்டிருந்தால், *தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களை அளிக்கவும்:*

11)	**பெண்களுக்காக மட்டும் :** a. தற்பொழுது நீங்கள் கருவுற்றிருக்கின்றீர்களா? ஆம் எனில் கருவுற்று எந்த மாதத்தில் இருக்கிறீர்கள் : ______மாதம்	○ ஆம் ○ இல்லை
	b. நீங்கள் கருப்பை வாய், கருப்பை, அண்டகங்கள், மார்பகம், மார்பக கட்டி/நீர்க்கட்டி போன்றவற்றுடன் தொடர்புடைய ஏதேனும் பெண்ணோயியல் பிரச்சனைகளால் எப்போதாவது பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா அல்லது ஏதேனும் விசாரணைகளை அல்லது சிகிச்சையை மேற்கொண்டிருக்கிறீர்களா அல்லது கருப்பை நீக்கம் போன்ற அறுவை சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா. *ஆம் எனில், தயவுசெய்து கீழே உள்ள இடத்தில் முழு விவரங்களை அளிக்கவும்.:*	○ ஆம் ○ இல்லை
12)	நீங்கள் எப்போதாவது புதிய கொரோனாவைரஸ்க்கு (SARS-CoV-2/COVID-19) பாசிட்டிவ் என சோதித்தறியப்பட்டதுண்டா? *ஆம் எனில், பாசிட்டிவ் என அறியப்பட்ட தேதி, மேலும் அடுத்த பரிசோதனைகளின் விவரங்களையும் வழங்கவும்.*	○ ஆம் ○ இல்லை
	a. ஆம் எனில், அப்போது நீங்கள் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டீர்களா? (ஆம் எனில், மருத்துவமனை அறிக்கை மற்றும் டிஸ்சார்ஜ் சுருக்கம் அனைத்தையும் வழங்கவும்)	○ ஆம் ○ இல்லை
	b. ஆம் எனில், அப்போது நீங்கள் கோவிட்-19 தொடர்புடைய சிக்கல்களினால் அவதிப்பட்டீர்களா? பொருத்தமான விருப்பத்தை தேர்வு செய்யவும்.	○ ஆம் ○ இல்லை

எந்த கேள்விக்காவது ''ஆம்'' என்று பதில் அளித்திருந்தால், பொருத்தமான விவரங்கள், விளக்கங்கள் மற்றும் அறிக்கைகளை வழங்கவும்.

மேற்கண்ட கேள்விகளுக்காக தொடர்புடைய விவரங்களை வழங்குவதற்கான இடம். தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து கூடுதல் தாள்களை உபயோகிக்கவும் மற்றும் இத்துடன் இணைக்கவும்.

கே. எண்	மேற்கண்டவற்றிற்காக ஆம் என்று பதில் அளித்த கேள்விகளுக்கான விவரங்கள் அல்லது தேவைப்பட்டவாறு வேறு இதர தகவல்.

நான் இதன் மூலம் அறிவிப்பது என்னால் கொடுக்கப்பட்ட மேற்கண்ட அறிக்கைகள் பதில்கள் மற்றும்/அல்லது விளக்கங்கள் பொறுத்தவரை என்னுடைய அறிவுக்கு எட்டியவரை உண்மையானது மற்றும் முழுமையானது என்பதாகும். நான் என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல் காப்பீட்டு பாலிசியின் புதுப்பித்தலுக்கு அடிப்படையாக அமையும் என்பதை மற்றும் இந்த உறுதிமொழியில் உள்ள அறிக்கைகள் உத்தரவாதங்களாக அமையும் என்பதையும் புரிந்துகொண்டேன். இதில் தவறான விளக்கம் அல்லது முக்கிய தகவல் மறைக்கப்பட்டது அல்லது ஏதேனும் உண்மையற்ற அறிக்கை அடங்கி இருந்தால் அல்லது மோசடி என்னும் நிலையில், இந்த குறிப்பிட்ட ஒப்பந்தம், காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938-ன் பிரிவு 45-ன் அவ்வப்போது திருத்தியமைக்கப்பட்ட ஏற்பாடுகளின் படி செயல்படுத்தப்படும். இந்த பிரிவின் முழுமையான விவரங்களுக்கு மற்றும் 'பாலிசியின் தேதி' வரையறைக்காக, அவ்வப்போது திருத்தப்பட்ட காப்பீட்டுச் சட்டம், 1938-ன் பிரிவு 45-ஐப் பார்க்கவும்.

நான் வரிகள் மற்றும் தாமதக் கட்டணம் ஏதேனும் இருப்பின் உள்ளடங்கிய முழு பிரீமியம் என்னால் செலுத்தப்படும் வரை புதுப்பித்தல் கணக்கில் கொள்ளப்பட மாட்டாது என்பதை புரிந்துகொண்டேன். பாலிசி டெபாசிட்டில் உள்ள தொகை சம்பந்தப்பட்ட ஒழுங்குமுறைகளில் வழங்கப்படலாம் என்பதைத் தவிர வட்டி ஏதும் ஈட்டாது என்பதற்கு நான் ஒத்துக்கொள்கிறேன்.

நான் புதுப்பிப்பு வேண்டுகோள் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டதாக நிறுவனத்தினால் எழுத்து மூலம் வழங்கப்பட்டால் அன்றி ஆபத்து காப்பு மற்றும் இதர பலன்கள் மறுபடி துவங்காது என்பதை மற்றும் இந்த பாலிசியின் கீழ் பலன்கள் கண்டிப்பாக பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகள் படி ஆகும் என்பதையும் புரிந்து கொண்டேன் மற்றும் ஒத்துக்கொள்கிறேன்.

நான் இந்த காப்பீட்டு ஒப்பந்தம் அவ்வப்போது திருத்தி அமைக்கப்படும் அனைத்து பொருந்தும் சட்டங்களினால் நிர்வகிக்கப்படும் என்பதை புரிந்துகொண்டேன்.

நான் பாலிசியின் புதுப்பித்தலுக்காக நிறுவனத்தினால் தேவைப்படலாம் என்னும் அனைத்து மருத்துவ பரிசோதனைகளையும் என்னுடைய செலவில் மேற்கொள்ள ஒத்துக்கொள்கிறேன்.

ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர்/பாலிசிதாரரின் கட்டை விரல் பதிவு/கையொப்பம் (ஆயுள் காப்பீட்டுதாரர் மைனர் எனும்பட்சம் முன்மொழிபவரின் கட்டை விரல் பதிவு/கையொப்பம் தேவை)

____

சாட்சிதாரரின் கையொப்பம்

சாட்சிதாரரின் பெயர் மற்றும் முகவரி

இடம் : __________ தேதி : __________

பாலிசிதாரரின் கையொப்பம் பிராந்திய மொழியில் இருக்கும்போது அல்லது கட்டை விரல் பதிவு பதித்திருக்கும்போது உறுதிமொழி அளிக்கப்பட வேண்டும் :

நான் இதன் மூலம் அறிவிப்பது, பாலிசிதாரருக்கு/காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினருக்கு __________ மொழியில், இந்த படிவத்தின் பொருளடக்கத்தை வாசித்துக்காட்டினேன் மற்றும் விளக்கி உள்ளேன் பதில்களை உண்மையாகவும் சரியாகவும் பதிவு செய்துள்ளேன் மற்றும் பாலிசிதாரர்/காப்பீடு செய்யப்பட்ட உறுப்பினர் இதில் கண்டுள்ள பொருளடக்கத்தை முழுமையாக புரிந்துகொண்ட பிறகு, எனது முன்னிலையில் படிவத்தின் மீது அவருடைய கையொப்பத்தை/கட்டைவிரல் பதிவை பதித்துள்ளார் மற்றும் தவறான விளக்கம் அல்லது முக்கிய தகவல் மறைக்கப்பட்டது அல்லது ஏதேனும் உண்மையற்ற அறிக்கை அடங்கி இருந்தால் அல்லது மோசடி என்னும் நிலையில், இந்த குறிப்பிட்ட ஒப்பந்தம் காப்பீட்டுச் சட்டம் 1938-ன் பிரிவு 45-ன் அவ்வப்போது திருத்தியமைக்கப்பட்ட ஏற்பாடுகளின் படி செயல்படுத்தப்படும்.

உறுதிமொழி அளிப்பவரின் பெயர் மற்றும் முகவரி : ____________________

உறுதிமொழி அளிப்பவரின் கையொப்பம்