

காப்புறுதி இலக்கம் :	கோரிக்கை திகதி :
கோரிக்கை இலக்கம் :	அறிவிக்கப்பட்ட திகதி :

அ. காப்புறுதிதாரர் அ.1 உரிமையாளர்/காப்புறுதிதாரர் பெயர் மற்றும் விலசாம்:
அ. நோயாளி/விபத்துக்குள்ளானவர் ஆ.1 பெயர் மற்றும் விலசாம் : ஆ.2 தொழில் மற்றும் வணிகத்தின் தன்மை: ஆ.3 வயது: ஆ.4 தொலைப்பேசி இல:
இ. நோய்கள் / விபத்துக்கள் இ.1 ஆரம்பித்த திகதி: இ.2 விபத்தின் இடம் மற்றும் திகதி: இ.3 மருத்துவமனை அனுமதித்த திகதி : இ.4 மருத்துவமனை விடுவிப்பு திகதி: இ.5 நோய்க்கான அறிகுறி: இ.6 விபத்தின் தகவல் : இ.7 முதன்மை நோயக்கான அறிகுறி/விபத்துக்கள்: இ.8 இவ் நோய்க்குச் சமனான அல்லது ஏனைய நோயினால் பாதிப்பு அடைந்துள்ளீர்களா?/இவ் விபத்துக்குச் சமனான ஏனைய விபத்தினால் பாதிப்பு அடைந்துள்ளீர்களா? ஆம் ஏனெனில் அதற்கான விபரம்: இ.9 நீங்கள் மேலே குறிப்பிட்ட நோய்க்கு/விபத்திற்கு மருத்துவம் செய்துள்ளீர்களா? : ஆம் ஏனெனில் அதற்கான விபரம்:
ஈ. மருத்துவர்/சிறப்பு நிபுணர் ஈ.1 மருத்துவர்/சிறப்பு நிபுணர் அல்லது சிகிச்சை செய்தவர் பெயர் மற்றும் விலசாம்:
உ. கோரிக்கையினை பெற்றுக்கொள்வதற்கான வங்கி விபரம். கோரிக்கைக்காக ரூபா.50,000.00 க்கு குறைவான தொகையினை மாத்திரமே வங்கியின் மூலம் பெற்றுக்கொள்ள முடியும். உ.1 வங்கி பெயர்: உ.2 கிளை : உ.3 கணக்கு இலக்கம்: உ.4 உரிமையாளர் பெயர்: உ.5 கணக்கு வகை :(சேமிப்பு கணக்கு/நடைமுறை கணக்கு)
ஊ. உறுதிமொழி மேலே குறிப்பிட்ட தகவல்கள் மற்றும் விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானதும், உண்மையானதாகும் என நான் உறுதிப்படுத்துக்கின்றேன். மேலும் இக் கோரிக்கைக்கான நோய்/விபத்து அல்லது மருத்துவமனை அனுமதி தொடர்பாக மருத்துவர் அல்லது மருத்துவமனையினை விசாரிப்பதற்கு LOLC லைஃப் அசூரன்ஸ் லிமிட்டெட்-க்கு பூரண உரிமை அல்லது அனுமதியுண்டு என்பதனை தெரிவித்துக்கொள்கின்றேன் திகதி: தேசிய அடையாள இல: காப்புறுதிதாரின் கையொப்பம்:

அவசியம்

கோரிக்கையினை செயற்படுத்துவதற்கு கீழே காணப்படும் தேவையினை பூரணப்படுத்தி எமக்கு அனுப்பி வைக்கவும்.

1. பூரணப்படுத்தப்பட்ட மருத்துவர் அறிக்கை
2. நோய் நிருணய அட்டை
3. வங்கி கணக்கு புத்தகத்தின் பிரதி.

➤ இக் கோரிக்கை பத்திரத்தினை முழுமையாக பூரணப்படுத்துவதன் மூலம் கோரிக்கை அனுகூலத்தினை பெறமுடியாது என கருத்தில் கொள்க. .

அடுத்த பக்கம் ➡

Policy Number -

DOCTOR'S REPORT

(TO BE COMPLETED BY THE MEDICAL OFFICER WHO TREATED THE PATIENT)

1. Name of Patient:
2. NIC No : 3. BHT No :
4. When were you first consulted in this connection?
5. Was the onset of the illness acute or chronic?
6. For how long would the patient have suffered from these symptoms and sign?
.....
7. Please give history of the disease or illness?
 - (a) Date when such was observed by the patient?
 - (b) By whom he/she was treated?
 - (c) By whom the history was reported?
8. Your diagnosis of disease:
9. Details of treatment or operation:
10. Your prognosis for a complete recovery:
11. Period of hospitalization
From: To:
12. Period spent in an Intensive care Unit,
From: To:
13. Is the patient suffering from any other ailment such as Diabetes, Hypertension, Bronchial Asthma, etc.?
 - (a) Please specify the ailment:
 - (b) Date of Diagnosis of the ailment:
14. Please give Details of any other past medical history if any:
.....

Date:

.....

Signature of the Surgeon/Consultant

Name of Surgeon/ Consultant (Official Seal) :

Address :