

விபத்தினால் ஏற்படும் மரணம்

காப்பீடு செய்தவரின் தகவல்

காப்பீடு செய்தவரின் பெயர் _____

பிறந்த நாள்/...../.....

திருமணம் ஆனவரா ? _____

காப்பீடு செய்தவரின் முகவரி _____

இறப்பதற்கு முன் வேலை செய்த நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி

பாலிசி எண் : _____ காப்பீடு செய்தவரின் தொழில் (அவர் இறக்கும் போது) _____

காப்பீடு செய்தவர் வேறு விபத்து காப்பீடு / ஆயுள் காப்பீடு செய்துள்ளாரா ?

ஆம் எனில் காப்பீடு நிறுவனத்தின் பெயர், பாலிசி எண் மற்றும் காப்பீட்டுத் தொகையை குறிப்பிடவும்

கோரிக்கையின் தகவல் (CLAIM INFORMATION)

விபத்து நடந்த தேதி/...../..... விபத்து நடந்த நேரம் மற்றும் இடம்

விபத்து நடந்த சம்பவம் பற்றி சற்று விரிவாக குறிப்பிடவும் (தேவைப்பட்டால் தனியாக எழுதி இணைக்கவும்)

விபத்தானது, காப்பீடு செய்தவரின் தொழிலோடு தொடர்பு உடையதா ? _____

ஆம் எனில் எவ்வாறு எப்படி தொடர்புடையது? _____

காப்பீடு செய்தவரின் மரணத்திற்கான காரணம் என்ன ?

சிகிச்சை செய்த அனைத்து மருத்துவர்களின் பெயர் மற்றும் மருத்துவமனைகளின் முகவரிகளை பட்டியலிடவும்:

விபத்தைப் பற்றி போலீசார் மற்றும் பிற அதிகாரிகள் விசாரணை செய்தார்களா ? _____

ஆம் எனில் விசாரணை செய்த அனைத்து அதிகாரிகள் பெயர் , முகவரி மற்றும் தொலை பேசி எண்ணை குறிப்பிடவும் : _____

பிரேத பரிசோதனை (போஸ்ட் மார்ட்டம்) செய்யப்பட்டதா? _____

ஆம் எனில் மருத்துவரின் பெயர் , மற்றும் முகவரியை குறிப்பிடவும் _____

அரசு அதிகாரிகள் விசாரணை செய்தார்களா? ஆம் எனில் என்ன உறுதி செய்தார்கள்?

காப்பீட்டின் உரிமை கோரியவரின் விபரங்கள்

உரிமை கோரியவரின் பெயர் : _____ வயது : _____

காப்பீடு செய்தவருக்கு உறவு முறை : _____

உரிமை கோரியவரின் முகவரி : _____

தொலைபேசி எண் (வீடு /அலுவலகம்) _____

எந்த உரிமையில் காப்பீட்டின் உரிமை கோரிக்கை வைக்கிறீர்கள் ? _____ பயனாளி/நிறைவேற்றுபவர்*/
நிர்வாகி* / காப்பாளர்*/அறங்காவலர்*/வாரிசு தாரராக நியமிக்கப்பட்டவர் *

*உங்களுக்கு அதிகாரம் உள்ளது என்று நிரூபிக்கத் தேவையான அனைத்து ஆவணங்களின் சான்றளிக்கப்பட்ட நகல் வழங்க வேண்டும் (உதாரணமாக வாரிசு சான்றிதழ், நோட்டரி உறுதி பத்திரம் உயில் போன்றவை) .

நான் எந்த ஒரு காப்பீட்டு நிறுவனம், மருத்துவர், மருத்துவமனை அல்லது மற்ற அங்கிகரிக்கப்பட்ட சுகாதார சேவை வழங்குபவர், அல்லது வேறு எந்த அமைப்பு, நிறுவனம் அல்லது நபர்களுக்கு காப்பீடு செய்துள்ளவரின் பதிவுகள், ஆவணங்கள் மற்றும் இது சம்பந்தமாக தகவல்களை காப்பீட்டின் உரிமை கோரிய மற்றும் இழப்பு சம்பந்தமாக வெளியிட சம்மதிக்கிறேன். இந்த தகவல் எச் டி எப் சி எர்கோ பொது காப்பீட்டு நிறுவனம் மற்றும் அதன் அங்கிகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதிகளால் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டு சரிபார்க்கப்படும் என அறிவேன். மேலும் இந்த அங்கீகாரத்தின் பிரதியை பெறுவதற்கு எனக்கு முழு உரிமை உள்ளது .மேலும் இந்த அங்கீகாரத்தின் பிரதி மற்றும் ஸ்கேன் செய்யப்பட்டதை அசலாகவும் கருதலாம். இந்த அங்கிகாரம் காப்பீட்டின் உரிமையின் கோரிக்கை காலத்திற்கு மட்டும் செல்லுபடி ஆகும் என தெரிவித்து கொள்கிறேன்.

எந்த ஒரு நபரும் தெரிந்தோ தெரியாமலோ எந்த ஒரு காப்பீட்டு நிறுவனத்திற்கு ஏமாற்றுவதற்காகவோ அல்லது ஏமாற்றும் நோக்கத்துடன் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் தவறான தகவல்களோ, உண்மைக்கு மாறான அல்லது முழுமையில்லாததாக இருந்தால் காப்பீட்டு மோசடி வழக்கிற்கு உட்பட்டது என நன்கு அறிவேன்.

இடம் _____

நாள் _____

உரிமை கோருபவர் / அங்கிகரிக்கப்பட்ட நபர் _____

கையெழுத்து