



மருத்துவ மற்றும் மருத்துவநிலைய கட்டண உரிமைகோரல்  
விண்ணப்பப் படிவம்  
அக்ரஹார காப்புறுதித் திட்டம் - திடீர் விபத்து  
தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியம்



படிவம் இல - 07 (T)

(விண்ணப்பத்தை நிரப்புவதற்கு முன்னர் இத்துடன் உள்ள அறிவுறுத்தல்களை வாசிக்கவும்  
(விண்ணப்பத்தில் வினவப்பட்டுள்ள அனைத்து விபரங்களையும் நிரப்புவது கட்டாயமானது)

அறிவிக்கும் இல. :- .....  
திகதி :- .....  
உரிமை கோரல் இலக்கம்:  
NITF/A

01. காப்புறுதியாளர் தொடர்பான தகவல்கள்

1.1 முழுப் பெயர் (தமிழில்) : வண./ திரு./ திருமதி./ செல்வி. :-

.....  
.....

முழுப் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்): Rev. / Mr. / Mrs. / Miss. :-

.....  
.....

1.2 தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(தேசிய அடையாள அட்டையின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட நிழற்பிரதி இணைக்கப்பட வேண்டும்)

1.3 தனிப்பட்ட முகவரி (தமிழில்) :-

.....  
.....

தனிப்பட்ட முகவரி (ஆங்கிலத்தில்) :-

.....  
.....

1.4 பிறந்த திகதி :- .....

1.5 தொலைபேசி இலக்கம் : நிலையான :- ..... அலுவலகம் :- .....

1.6 மின்னஞ்சல் :- .....

02. தொழிற் செய்யும் நிறுவனம் பற்றிய விபரம் (கட்டாயம் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

2.1 தொழிற்செய்யும் நிறுவனத்தின் பெயர் :- .....

2.2 முகவரி :- .....

2.3 பதவி :- .....

2.4 சேவை நிறுவனத்தின் தொலைபேசி இலக்கம் :- .....

03. திடீர் விபத்து பற்றிய விபரம்

3.1 திடீர் விபத்து ஏற்பட்ட திகதி :- .....

3.2 இடம் :- ..... நேரம் :- .....

3.3 திடீர் விபத்து சம்பவித்தமை பற்றி சுருக்கமாக :-

.....  
.....

3.4 திடீர் விபத்து பற்றி அறிவித்த பொலிஸ் நிலையம் :- .....

04. திடீர் விபத்து காரணமாக மருத்துவமனையில் தங்கியிருந்தால் அதுபற்றிய விபரம்

4.1 சிகிச்சைபெற்றமருத்துவமனை :- .....

4.2 மருத்துவமனையில் தங்கியிருந்த காலம் :- .....

4.3 மருத்துவரினால் பரிந்துரைக்கப்பட்ட விடுமுறை காலம் :- .....

4.4 விபத்தினால் உங்களுக்கு ஏற்பட்ட சேதம் :- .....

05. வங்கிக் கணக்கு பற்றிய விபரம் ( விண்ணப்பதாரியின் மாதாந்த சம்பளம் வரவுவைக்கப்படும் வங்கிக் கணக்காக இருத்தல் வேண்டும். கணக்குப் புத்தகத்தின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட ஒரு பிரதி இணைக்கப்பட்டு சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்)

5.1 வங்கிக் கணக்கில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள உங்கள் பெயர் :- .....

5.2 கணக்கு இலக்கம் :-

5.3 வங்கியின் பெயர் :- ..... வங்கிக் கிளை :- .....

என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள மேற்கூறப்பட்ட விபரங்களையுடைய உரிமை கோரல்களுக்கான விடயங்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையுமாகும் என்றும் இந்த உரிமைகோரல் தொடர்பாக எந்தவொரு முக்கியமான விடயத்தையும் தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்திற்கு மறைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் நான் வெளிப்படுத்துகிறேன்.

உரிமைகோரல் கொடுப்பனவு இல. 05 இன் கீழ் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள வங்கிக் கணக்கிற்கு வரவு வைக்குமாறு கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

.....  
திகதி

.....  
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

06. நிறுவனத்தின் கணக்காளரின் உறுதிப்படுத்தல்

(File Number)

தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்தினால் உங்களது நிறுவனத்திற்கு வழங்கப்பட்டுள்ள கோவை இலக்கம் :-

மேற்படி விபரங்களில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள திரு/ திருமதி .....  
என்பவரின் மாதாந்த சம்பளம் ..... வங்கியின் .....  
கிளையின் இல. .... என்ற கணக்கிற்கு வரவு வைக்கப்பட்டுள்ளது  
என்பதை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

கையொப்பம் :- .....

பெயர் :- .....

பதவி :- .....

(உத்தியோகபூர்வ முத்திரையை பதிக்க வேண்டியது கட்டாயமானது)

.....  
திகதி

07. நிறுவனத் தலைவரின் உறுதிப்படுத்தல்

மேற்படி விபரங்களில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள திரு/ திருமதி .....  
என்பவரின் காப்புறுதி உரிமை கோரலை தேவையான நடவடிக்கைக்காக பரிந்துரைத்து இத்துடன் சமர்ப்பிக்கிறேன். மேற்படி விபரங்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையுமாகும் என்றும், அவரது தனிப்பட்டகோப்பின் பிரகாரம் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

திடீர் விபத்து ஏற்படுவதற்கு முன்னைய மாதமான 20..... வருடத்தின் .....  
.ஆம் மாதத்திற்கான மாதாந்த அக்ரஹார காப்புறுதி பங்களிப்புத் தொகையான ரூபா .....  
அறவிடப்படு தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்தின்  
மக்கள் வங்கி குயீன் கிளையில் 033-2001-2246-7951 / 033-1007-8246-7951 என்ற இலக்கத்திற்கு காசோலை மூலம் (காசோலை இல.....) /SLIPS மூலம் வரவு வைக்கப்பட்ட ரூ. .... முழுத் தொகையுடன் சேர்க்கப்பட்டுள்ளது என்பதை இத்துடன் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

7.1 விபத்து பற்றி உத்தியோகத்தரினால் இந்த அலுவலகத்திற்கு ..... ஆந் திகதி அறிக்கையிடப்பட்டது

7.2 விபத்திற்கு பின்னர் கடமைக்கு சமூகமளித்த திகதி .....

7.3 மருத்துவரினால் விடுமுறை பரிந்துரைக்கப்பட்ட காலப்பகுதி ..... இல் இருந்து.....வரையாகும்

7.4 விபத்தின் பின்னர் கடமைக்கு சமூகமளிக்க முடியாதாயின் அது பற்றிய விபரம்

.....  
.....

கையொப்பம் :- .....

பெயர் :- .....

பதவி :- .....

(உத்தியோகபூர்வ முத்திரையை பதிக்க வேண்டியது கட்டாயமானது)

.....  
திகதி

# Medical Certificate

**In respect of the Accident pertaining to .....**  
**I hereby certify that I have examined the above named who was injured in the Accident described overleaf and that the injuries were as follows.**

- 1. Regions Injured ?  
.....  
.....  
(If limb state whether right or left)
- 2. Nature and extent of injuries ?  
.....  
.....
- 3. (a) State as fully as possible the cause of the accident ?  
.....  
.....  
(b) Is the appearance of the injury consistent there with  
.....  
.....
- 4. Is there any connection between the present disablement and any disease or previous disability, If so what ?  
.....  
.....
- 5. Is surgical interference necessary or likely to become so ?  
.....  
.....
- 6. (a) Is the patient now or was he at the time of the accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury?  
.....  
.....  
(b) If so state the nature thereof ? .....  
(c) The probable duration thereof and the extent to which it has affected the patient's recovery ?  
.....  
.....
- 7. Will the injury in your opinion, result in permanent disablement ?  
.....  
.....
- 8. (a) Are the injuries such that will totally disable the patient from engaging in or giving attention to his/her profession or occupation ?  
.....  
.....  
(b) Are the injuries such that will partially disable the patient from engaging in or giving attention to his/her profession or occupation ?  
.....  
.....
- 9. upon what date did you first see and examine the insured after the accident described herein ?  
.....  
.....

---

### **N: B: - Temporary Total Disablement (Medical Leave)**

(Arises when the claimant is rendered completely incapable of attending to any part of his ordinary profession, business or occupation) I further certify that he/she has been totally disabled by the above injuries received due to the accident from the ..... day of ..... to the ..... day of ..... and that he/she is likely to be disabled for .....

### **Temporary partial disablement (Light Duty)**

9.1 I further certify that he/she is partially disabled by the above injuries received due to the accident from the ..... day of ..... and is unable to perform his/her normal duties as specified in the form perfected by the employer and submitted by the claimant and that he/she is likely to be so disabled for ..... from .....

**Signed :-** .....

**Designation :-** .....

**Address :-** .....

## விண்ணப்பத்தை நிரப்புவதற்கான அறிவுறுத்தல்கள்

1. திடீர் விபத்து காப்புறுதியின் மூலம் காப்புறுதியாளர் மட்டுமே உள்ளடக்கப்படுவார்
2. விபத்தின் பின்னர் மீண்டும் கடமைக்கு சமூகமளித்து 90 நாட்களுக்குள் உரிமைகோரல் விண்ணப்பம் தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்திற்கு கிடைக்கப்பெற வேண்டும்.
3. நீங்கள் எமக்கு அனுப்பும் அனைத்து ஆவணங்களிலும் தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கத்தை தெளிவாகவும் சரியாகவும் குறிப்பிடுவது கட்டாயமானதாகும்.
4. ஆவணங்களின் பிரதிகளை சமர்ப்பிக்கும் அனைத்து சந்தர்ப்பங்களிலும் நிறுவனத் தலைவரினால் அவை சான்றுப்படுத்தப்பட வேண்டும்.
5. விண்ணப்பத்துடன் உள்ள மருத்துவ சான்றிதழ் உங்களுக்கு சிகிச்சையளித்த மருத்துவரினால் நிரப்பப்படவேண்டும்.
6. உரிய முறையில் நிரப்பப்பட்ட விண்ணப்பத்துடன் பின்வரும் ஆவணங்களும் சமர்ப்பிக்கப்படவேண்டும்.
  - 6.1 கணக்காளரினால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட விபத்து இடம்பெறுவதற்கு முன்னைய மூன்று மாதங்களின் சம்பள விபரம்.
  - 6.2 விபத்திற்கு முன்னைய வருடத்தில் இருந்து திடீர் விபத்து சம்பவித்த தினம் வரை காப்புறுதி தவணைப் பணத்தினை தொடர்ச்சியாக செலுத்தப்பட்டுள்ளமை பற்றி கணக்காளரின் உறுதிப்படுத்தல். (கணினி சோதனைக்காக காசோலை விபரங்களுடன்)
  - 6.3 விடுமுறையை அனுமதிக்கும் மருத்துவ சான்றிதழ்.
  - 6.4 மருத்துவ சபை அறிக்கை ( மூன்று மாதங்களுக்கு மேல் விடுமுறை பெற்றிருந்தால்)
  - 6.5 திடீர் விபத்தினை உறுதிப்படுத்தக்கூடிய வேறு மருத்துவ அறிக்கைகள் மற்றும் பொலிஸ் அறிக்கை.
  - 6.6 சாரதி அனுமதிப்பத்திரத்தின் நிறுவனத் தலைவர் உறுதிப்படுத்திய நிழற் பிரதி (வாகன விபத்தின் போது சாரதி காப்புறுதியாளர் ஆயின்)
  - 6.7 விபத்தின் பின்னர் கடமைக்கு சமூகமளித்த திகதியை குறிப்பிடும் நிறுவனத் தலைவரின் கடிதம்.
  - 6.8 வைத்தியசாலையில் தங்கியிருந்த காலத்திற்கான நோய் நிர்ணய அட்டைகளில் நிறுவனத் தலைவரினால் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகள் அனுப்பப்பட வேண்டும்.
  - 6.9 உரிமைகோரல் சமர்ப்பிக்கப்பட்டதன் பின்னர் குறைபாடுகளை பூர்த்திசெய்யும் போது தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கத்தினை குறிப்பிடவும்.
7. விபத்தின் பின்னர் கடமைக்கு சமூகமளிக்க முடியாதாயின் மருத்துவ சபை அறிக்கை வெளியிடப்பட்ட திகதியிலிருந்து 90 நாட்களுக்குள் விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.