

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. தடர் 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 மூன்று மாதங்களில் இருந்து விபத்து சம்பவித்த திகதி வரையான காப்புறுதி தவணைக் கட்டணத்தை தொடர்ச்சியாக செலுத்தியமைக்கான கணக்காளரின் சான்று/ கணினி சோதனைக்காக காசோலை விபரங்களுடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும். (காப்புறுதித் திட்டத்தை பெற்றுக்கொண்ட திகதிக்கு ஏற்ப இது வேறுபட முடியும்)
 - 6.3 விடுமுறையை அனுமதிக்கும் மருத்துவ சான்றிதழ்.
 - 6.4 மருத்துவ சபை அறிக்கை (மூன்று மாதங்களுக்கு மேல் விடுமுறை பெற்றிருந்தால்)
 - 6.5 திடர் 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.