



**மருத்துவ மற்றும் மருத்துவநிலைய கட்டண உரிமைகோரல்  
விண்ணப்பப் படிவம்  
அக்ரஹார காப்புறுதித் திட்டம் - பகுதியளவு அரசாங்க துறை  
தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியம்**



படிவம் இல - 02 (T)

உங்களது காப்புறுதித் திட்டத்திற்கு முன் (✓) என்று குறிப்பிடவும்

வெள்ளி காப்புறுதித் திட்டம்	தங்கக் காப்புறுதித் திட்டம்
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(நிறுவனத் தலைவரினால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட தேசிய அடையாள அட்டையின் நிழற் பிரதியை இணைப்பது கட்டாயமானதாகும்)

உங்களுக்கான உரிமைக் கோரலுக்கு முன் (✓) என்று குறிப்பிடவும்	
அரசாங்க மருத்துவமனை	<input type="checkbox"/>
தனியார் மருத்துவமனை	<input type="checkbox"/>
பிரசவம்	<input type="checkbox"/>
இருதய அறுவை சிகிச்சை	<input type="checkbox"/>
புற்றுநோய்	<input type="checkbox"/>
வேறு நோய்கள்	<input type="checkbox"/>

விண்ணப்பதாரியின் அடையாள அட்டை இலக்கம் :-

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. விண்ணப்பதாரர் பற்றிய விபரங்கள்

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

.....

.....

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

.....

.....

1.2 தனிப்பட்ட முகவரி (தமிழில்) :-

.....

.....

1.3 தனிப்பட்ட முகவரி (ஆங்கிலத்தில்) :-

.....

.....

1.4 பிறந்த திகதி :- .....

1.5 தொலைபேசி இலக்கம் : நிலையான :- ..... கைத்தொலைபேசி :- .....

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

2.1 நிறுவனத்தின் பெயர் :- .....

2.2 முகவரி :- .....

2.3 பதவி :- .....

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

3. வாழ்க்கைத் துணை பற்றிய விபரம் (கட்டாயம் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

3.1 தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :-

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.2 பெயர் :- .....

3.3 பதவி :- .....

3.4 தொழிற்செய்யும் நிறுவனத்தின் பெயர் :- .....

3.5 முகவரி :- .....

3.6 தொலைபேசி இலக்கம் : நிலையான :- ..... கைத்தொலைபேசி :- .....

4. காப்புறுதி நன்மையை கோருவது காப்புறுதியாளருக்கு அல்ல எனின் குறித்த பகுதியில் (✓) என அடையாளமிட்டு நிரப்பவும்

1) துணைக்கு  2) பிள்ளைகளுக்கு  3) தாய்க்கு  4) தந்தைக்கு

4.1 அவரது பெயர் :- .....

4.2 அவரது பிறந்த திகதி :- ..... வயது :- .....

4.3 தொழில் :- .....

4.4 அவரது தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :- 

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

5. 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 :- .....

6. இந்த விண்ணப்பத்திற்கான செலவு ஜனாதிபதி நிதியத்திற்கு அல்லது வேறு நிறுவனங்களுக்கு விண்ணப்பிக்கப்பட்டு அல்லது அவற்றினால் வழங்கப்பட்டு இருந்தால் அது பற்றிய விபரம்

6.1 நிறுவனத்தின் பெயர் மற்றும் முகவரி :- .....

6.2 விண்ணப்பித்த தொகை :- .....

6.3 வழங்கப்பட்ட தொகை :- .....

6.4 உரிமை கோரல் இலக்கம் / குறிப்பு இலக்கம் :- .....

7. விண்ணப்பதாரியின் உறுதிமொழி

மேற்படி விபரங்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையுமாகும் என்பதுடன், நான் அல்லது எனது துணை இந்த உரிமைகோரலை மேற்படி பந்தி 06 இற்கு உட்பட்டு வேறு ஒரு நிறுவனத்திலிருந்து, வேறு ஒரு முறைமையின் மூலம் அல்லது அதற்காக விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பித்து அல்லது பணத்தினை பெற்றுக்கொள்ளவில்லை என்பதை இத்தால் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

..... திகதி ..... விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

8. நிறுவனத்தின் கணக்காளரின் உறுதிப்படுத்தல்

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 :- .....

..... திகதி ..... பதவி :- ..... (உத்தியோகபூர்வ முத்திரையை பதிக்க வேண்டியது கட்டாயமானது)

9. நிறுவனத் தலைவரின் உறுதிப்படுத்தல்

மேற்படி விபரங்களில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள திரு/ திருமதி.....  
என்பவரின் காப்புறுதி உரிமைகோரலுக்குத் தேவையான நடவடிக்கைக்காக பரிந்துரைத்து இத்துடன் சமர்ப்பிக்கிறேன். மேற்படி விபரங்கள் உண்மையானவையும் சரியானவையுமாகும் என்று அவரின் தனிப்பட்ட கோவையின் படி உறுதிப்படுத்துகிறேன். காப்புறுதியாளர் மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய திகதிக்கு முன்னைய மாதமான 20..... வருடத்தின் ஆம் மாதத்திற்கான மாதாந்த அக்ரஹார காப்புறுதி பங்களிப்புத் தொகையான ரூபா ..... அறவிடப்படு தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்தின் மக்கள் வங்கி குயீன் கிளையில் 033-1002-3246-7951 என்ற இலக்கத்திற்கு காசோலை மூலம் ( காசோலை இல.....) /SLIPS மூலம் வரவு வைக்கப்பட்ட ரூ. .... முழுத் தொகையுடன் சேர்க்கப்பட்டுள்ளது என்பதை இத்துடன் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

கையொப்பம் :- .....

பெயர் :- .....

.....  
திகதி

பதவி :- .....  
(உத்தியோகபூர்வ முத்திரையை பதிக்க வேண்டியது கட்டாயமானது)

10. நோயாளியின் வைத்தியரினால்/ அறுவை சிகிச்சை வைத்தியரினால் நிரப்பப்பட வேண்டும்.  
Should be filled by the Medical Officer /Surgeon of the Patient.

10.1 நோயாளியின் பெயர் :- .....

Name of the patient :- .....

10.2 நோயாளியின் நோய் பற்றிய விபரம் :- .....

Diagnosis of Disease :- .....

Signature of Medical Officer / Surgeon Period unable to attend to usual business/ works :-

From:-..... To:-.....

10.3 வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி :- ..... வெளியேறிய திகதி :- .....

If admitted to the hospital,

Date of Admission :- .....

Date of Discharge :- .....

10.4 கட்டில் தலைப்பு சீட்டு இல :- .....

Bed Head Ticket (BHT) :- .....

மேற்படி நோயாளியின் மருத்துவர்/ அறுவை சிகிச்சை மருத்துவர் நான் ஆவேன் என்றும், இந்த கோரிக்கை தொடர்பான சேவை என்னால் வழங்கப்பட்டது என்பதையும் இத்தால் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

I hereby certify that I am the Medical Officer / Surgeon of the above named patient and certify that above service is given by me.

.....  
திகதி/ Date

.....  
நோயாளிக்கு சிகிச்சையளித்த வைத்தியரின்/  
விசேட வைத்திய நிபுணரின் கையொப்பம் மற்றும்  
உத்தியோகபூர்வ முத்திரை  
Signature of Medical Officer / Surgeon  
With Rubber Stamp

வைத்தியசாலையினால் வழங்கப்பட்ட நோய் உறுதிப்படுத்தல் அட்டையில் உள்ள நோயாளியின் பெயர், வைத்தியசாலையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி மற்றும் வெளியேறிய திகதி யை தெளிவாக குறிப்பிட்டு, இந்தப் பகுதியை நிரப்புவது கட்டாயமானது என்பதை தயவுசெய்து கவனத்திற் கொள்ளவும்.

(குறிப்பு : விண்ணப்பத்தில் வினவப்பட்டுள்ள அனைத்து விபரங்களையும் நிரப்புவது கட்டாயமானது விடயத்திற்கு பொறுப்பான உத்தியோகத்தரினால் சரிபார்ப்பு பட்டியல் (Check list) விண்ணப்பத்துடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்)

# விண்ணப்பத்தை நிரப்புவதற்கான அறிவுறுத்தல்கள்

(இந்த விண்ணப்பம் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுதல், புற்றுநோய் சிறுநீரகம் மற்றும் இதய அறுவை சிகிச்சை போன்றவற்றுடன் தொடர்புடைய உரிமைகோரல்களுக்கு மட்டுமானது)

1. மருத்துவமனையிலிருந்து வெளியேறிய 90 நாட்களுக்குள் கோரிக்கை விண்ணப்பம் தேசிய காப்புறுதி நம்பிக்கை நிதியத்திற்கு கிடைக்கப்பெற வேண்டும்.
2. நீங்கள் எங்களிடம் சமர்ப்பிக்கும் ஆவணங்களின் பிரதிகள் எப்போதும் நிறுவனத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்டிருக்க வேண்டும். (குறைபாடுகளை பூர்த்தி செய்யும் போது தேசிய அடையாள அட்டை எண்ணைக் குறிப்பிடுவது கட்டாயமாகும்.)
3. கணவன் மனைவி இருவரும் அக்ரஹார உறுப்பினர்களாக இருந்தால்
  - 3.1 நோயாளியாக இருந்த உறுப்பினரால் கோரிக்கை சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
  - 3.2 பிள்ளைகள் சார்பாக உரிமைகோரல்கள் ஒரு உறுப்பினரால் மட்டுமே செய்யப்பட வேண்டும்
4. சார்ந்துள்ளவர்களுக்கான கோரிக்கை விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிக்கும் போது பின்வரும் ஆவணங்களின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகளை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.

## 4.1 உறுப்பினர் திருமணமானவராயின்,

### 4.1.1 துணைக்கான திருமணச் சான்றிதழின் பிரதி

### 4.1.2 பிள்ளைகளின் பிறப்புச் சான்றிதழின் பிரதி

(பிள்ளை 21 வயதுக்கு உட்பட்டவராகவும், திருமணமாகாதவராகவும், தொழில் செய்யாதவராகவும் இருக்க வேண்டும்)

### 4.1.3 16 வயதுக்கு மேற்பட்ட பிள்ளைகளுக்கு நிறுவனத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட தேசிய அடையாள அட்டையின் நகல்

## 4.2 உறுப்பினர் திருமணமாகாதவராயின்,

உறுப்பினரின் தாய் மற்றும் தந்தைக்கு (தாய்/தந்தை - வயது 70க்கு குறைவாக இருக்க வேண்டும்)

### 4.2.1 உறுப்பினரின் பிறப்புச் சான்றிதழ் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டையின் நிறுவனத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதி

### 4.2.2 தாயின்/தந்தையின் பிறப்புச் சான்றிதழ் மற்றும் தேசிய அடையாள அட்டையின் நிறுவனத் தலைவரால் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதி

### 4.2.3 திருமணமாகாத நிலையை உறுதிப்படுத்த நிறுவனத் தலைவரிடமிருந்து கடிதம்

5. உரிமை கோரும் விடயத்துக்காக வேறொரு நிறுவனத்திடமிருந்து காப்புறுதி நன்மைகள் பெறப்பட்ட நிலையில், அக்ரஹார நன்மைகளையும் பெற எதிர்பார்த்தால், அந்த நிறுவனத்தின் மூலம் கொடுப்பனவு செய்யப்பட்ட தொகையைக் குறிப்பிடும் கடிதத்துடன் அனைத்து பற்றுச்சீட்டுக்களின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதிகளை சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.

6. உரிய முறையில் நிரப்பப்பட்ட விண்ணப்பத்துடன் பின்வரும் ஆவணங்களும் சமர்ப்பிக்கப்படவேண்டும்.

## 6.1 அனைத்து உரிமை கோரல்களுக்கும்

### 6.1.1 நோய் உறுதிப்படுத்தல் அட்டையின் (Diagnosis card) மூலப் பிரதி அல்லது சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதி

(பெயர், மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட மற்றும் வெளியேறிய திகதி, சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை இருக்க வேண்டும்)

### 6.1.2 ஒரு தனியார் மருத்துவமனையாயின் முற்பணம் செலுத்தப்பட்டமைக்கான பற்றுச்சீட்டு (Receipt of the Advance Payment), ஏனைய பணம் செலுத்திய பற்றுச்சீட்டுக்கள், விரிவான பட்டியலின் (Final Bill) மூலப் பிரதி.

### 6.1.3 தனியார் மருத்துவமனைகளில் சிகிச்சை பெறும்போது, ஒவ்வொரு செலவையும் விரிவாக பட்டியலில் வகைப்படுத்தி காட்டப்பட வேண்டும் என்பதுடன், நோயாளியின் தேசிய அடையாள அட்டையின் இலக்கத்தைக் குறிப்பிட வேண்டும்.

### 6.1.4 மருத்துவரின் செலவுகளைக் காட்டும் போது, விசேட வைத்திய நிபுணர் மற்றும் ஏனைய மருத்துவர்களின் செலவுகளை தனித்தனியாகக் காட்ட வேண்டும்.

### 6.1.5 மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படும் பல்வேறு சந்தர்ப்பங்களுக்கு தனித்தனி விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும் மற்றும் ஒரே விண்ணப்பத்தில் இணைக்கப்பட்டுள்ள ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட நோய் உறுதிப்படுத்தல் அட்டைகள் உரிமை கோரிக்கைக் கொடுப்பனவுகளுக்குப் தொடர்புடையதாக கொள்ளப்படமாட்டாது.

### 6.1.6 பிரசவம் தொடர்பில் (இரண்டு சந்தர்ப்பங்களில் மட்டுமே கொடுப்பனவு செய்யப்படும்)

(அரசு மருத்துவமனையில் நோய் உறுதிப்படுத்த அட்டை வழங்கப்படாவிட்டால், பிறப்பு விபர படிவம் அல்லது கர்ப்ப பதிவின் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட பிரதி/ மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்ட திகதி மற்றும் வெளியேறிய திகதி குறிப்பிடப்பட வேண்டும்)

7. தனியார் மருத்துவமனை உரிமைகோரல்களுக்கான உரிமைகோரல்களை சமர்ப்பிக்கும் போது, அந்த மருத்துவமனைகளால் வழங்கப்படும் அனைத்து பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்கள் கணினி அச்சிடப்பட்டதாக இருக்க வேண்டும் என்பதோடு, கையால் எழுதப்பட்ட பில்கள் அல்லது பற்றுச்சீட்டுக்களுக்கு (Final Bill or Receipts) எந்த கொடுப்பனவு செய்யப்படாது.

(மிகவும் முக்கியம் : பில்கள் மற்றும் பற்றுச்சீட்டுக்களின் மூலப் பிரதிகளை சமர்ப்பிப்பது கட்டாயமாகும் மற்றும் சான்றுப்படுத்தப்பட்ட அல்லது வேறு பில்களின் நிழற் பிரதிகளுக்கு உரிமைகோரல்கள் கொடுப்பனவு செய்யப்படமாட்டாது. (வேறொரு நிறுவனத்திடமிருந்து தொகை திருப்பிச் செலுத்தப்படும் போது, மீதித் தொகை உரிமைகோரலை பெறுவதில் இது ஏற்புடையதாகாது)

முறையாக பூர்த்தி செய்யப்பட்ட கோரிக்கை விண்ணப்பத்துடன் தேவையான ஆவணங்களைச் சரியாகச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம் அக்ரஹார காப்புறுதி நன்மைகளை விரைவாகப் பெறலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.