

[Document 3: Health Insurance Policy]

சுகாதாரக் காப்பீட்டுத் திட்டம் / Health & Hospitalization Insurance Policy

1. Introduction / அறிமுகம்

EN: Health Insurance provides comprehensive coverage for hospitalization expenses, pre and post-hospitalization costs, day-care procedures, and critical illness treatment. With rising medical inflation in India (averaging 10-15% annually), health insurance ensures you receive quality healthcare without depleting your savings. ABC Insurance's health plans cover individuals and families across all age groups with cashless facility at 10,000+ network hospitals.

TA: சுகாதார காப்பீடு மருத்துவமனை செலவுகள், மருத்துவமனைக்கு முன்பும் பின்பும் செலவுகள், ஒரு நாள் பராமரிப்பு செயல்முறைகள் மற்றும் கடுமையான நோய் சிகிச்சைக்கு விரிவான காப்பீடு வழங்குகிறது. இந்தியாவில் அதிகரித்துவரும் மருத்துவ பணவீக்கத்துடன் (ஆண்டுதோறும் சராசரி 10-15%), சுகாதார காப்பீடு உங்கள் சேமிப்பை குறைக்காமல் தரமான சுகாதாரத்தைப் பெற உறுதி செய்கிறது.

2. Eligibility Criteria / தகுதி நிபந்தனைகள்

EN:

- Entry Age:**
 - Individual: 18 to 65 years
 - Dependent children: 91 days to 25 years
 - Senior Citizen Plans: 60 to 80 years
- Renewal:** Lifelong renewability guaranteed
- Pre-policy Medical:** Required for sum insured above ₹10 lakhs or age above 45 years
- Family Floater:** Covers self, spouse, and up to 4 dependent children

TA:

- நுழைவு வயது:**
 - தனிநபர்: 18 முதல் 65 வயது
 - சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகள்: 91 நாட்கள் முதல் 25 வயது
 - மூத்த குடிமக்கள் திட்டங்கள்: 60 முதல் 80 வயது
- புதுப்பித்தல்:** வாழ்நாள் முழுவதும் புதுப்பிக்கும் வசதி உறுதி
- காப்பீட்டிற்கு முந்தைய மருத்துவம்:** ₹10 லட்சத்திற்கு மேல் காப்பீட்டுத் தொகைக்கு அல்லது 45 வயதுக்கு மேல் தேவை
- குடும்ப மிதவை:** சுயம், மனைவி/கணவர் மற்றும் 4 சார்ந்திருக்கும் குழந்தைகள் வரை உள்ளடக்குகிறது

3. Coverage Details / காப்பீட்டு விவரங்கள்

EN:

A. In-Patient Hospitalization (IPD)

Coverage for minimum 24-hour hospitalization:

- Room rent (as per plan: standard/semi-private/private)
- ICU/CCU charges
- Doctor's consultation and surgeon fees
- Anesthesia, blood, oxygen, medicines
- Diagnostic tests (X-ray, CT scan, MRI, pathology)
- Operation theater charges
- Medical consumables and surgical equipment
- Nursing and attendant charges

Room Rent Limits:

- Basic Plan: ₹2,000 per day or 1% of sum insured (whichever higher)
- Standard Plan: ₹5,000 per day or 2% of sum insured
- Premium Plan: No capping (any room category)

B. Pre and Post Hospitalization

- **Pre-hospitalization:** 30-60 days before admission (tests, consultations, medicines)
- **Post-hospitalization:** 60-90 days after discharge (follow-up, medicines, physiotherapy)

C. Day-Care Procedures

Coverage for procedures requiring less than 24 hours hospitalization (over 150 procedures covered):

- Cataract surgery
- Dialysis
- Chemotherapy/Radiotherapy
- Lithotripsy
- Tonsillectomy
- Sinusitis treatment
- Dental surgery (accident-related)

D. Ambulance Charges

Up to ₹2,000-₹5,000 per hospitalization

E. Maternity Coverage (Add-on or included in family plans)

- Normal delivery: ₹50,000-₹75,000
- Cesarean delivery: ₹75,000-₹1,25,000
- Newborn coverage: Up to ₹50,000 (first 90 days)
- Waiting period: 9-24 months

F. Critical Illness Rider

Lump sum payout (25-100% of sum insured) upon diagnosis of:

- Cancer

- Heart attack
- Stroke
- Kidney failure
- Major organ transplant
- Coronary artery bypass surgery
- Paralysis
- Multiple sclerosis

TA:

அ. உள்நோயாளி மருத்துவமனை (IPD)

குறைந்தபட்சம் 24 மணி நேர மருத்துவமனையில் சேர்ப்புக்கான காப்பீடு:

- அறை வாடகை (திட்டப்படி: நியமம்/அரை-தனியார்/தனியார்)
- ICU/CCU கட்டணங்கள்
- மருத்துவரின் ஆலோசனை மற்றும் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் கட்டணங்கள்
- மயக்க மருந்து, இரத்தம், ஆக்ஸிஜன், மருந்துகள்
- நோயறிதல் சோதனைகள் (எக்ஸ்-ரே, சிடி ஸ்கேன், எம்.ஆர்.ஐ, நோயியல்)
- அறுவை சிகிச்சை அரங்கு கட்டணங்கள்
- மருத்துவ நுகர்பொருட்கள் மற்றும் அறுவை சிகிச்சை உபகரணங்கள்
- நர்சிங் மற்றும் உதவியாளர் கட்டணங்கள்

ஆ. மருத்துவமனைக்கு முன்பும் பின்பும்

- மருத்துவமனைக்கு முன்பு: சேர்க்கைக்கு முன் 30-60 நாட்கள் (சோதனைகள், ஆலோசனைகள், மருந்துகள்)
- மருத்துவமனைக்குப் பின்பு: வெளியேற்றத்திற்குப் பிறகு 60-90 நாட்கள் (தொடர்பரிசோதனை, மருந்துகள், உடலியல் சிகிச்சை)

இ. ஒரு நாள் பராமரிப்பு செயல்முறைகள்

24 மணி நேரத்திற்கும் குறைவான மருத்துவமனை தேவைப்படும் செயல்முறைகளுக்கான காப்பீடு (150க்கும் மேற்பட்ட செயல்முறைகள்):

- கண்புரை அறுவை சிகிச்சை
- டயாலிசிஸ்
- கீமோதெரபி/ரேடியோதெரபி
- கல்லறை சிகிச்சை
- டான்சில் அகற்றல்
- கைநீரை சிகிச்சை
- பல் அறுவை சிகிச்சை (விபத்து-தொடர்பான)

ஈ. ஆம்புலன்ஸ் கட்டணங்கள்

ஒரு மருத்துவமனை சேர்க்கைக்கு ₹2,000-₹5,000 வரை

உ. மகப்பேறு காப்பீடு (கூடுதல் அல்லது குடும்ப திட்டங்களில் உள்ளடக்கம்)

- சாதாரண பிரசவம்: ₹50,000-₹75,000
- சிசேரியன் பிரசவம்: ₹75,000-₹1,25,000
- புதிதாக பிறந்த குழந்தை காப்பீடு: ₹50,000 வரை (முதல் 90 நாட்கள்)
- காத்திருப்பு காலம்: 9-24 மாதங்கள்

ஊ. கடுமையான நோய் Rider

நோய் கண்டறியப்பட்டவுடன் ஓரே தொகை செலுத்துதல் (காப்பீட்டுத் தொகையில் 25-100%):

- புற்றுநோய்
- மார்ட்டைப்பு
- பக்கவாதம்
- சிறுநீரக செயலிழப்பு
- முக்கிய உறுப்பு மாற்று
- கரோனரி தமனி பைபாஸ் அறுவை சிகிச்சை
- முடக்குவாதம்
- பல ஸ்க்லெரோசிஸ்

4. Waiting Periods / காத்திருப்பு காலங்கள்

EN:

Initial Waiting Period: 30 days

No claims admissible except accidental hospitalization during first 30 days.

Pre-existing Diseases (PED): 2-4 years

Diseases/conditions existing before policy purchase:

- Diabetes, hypertension: 2-3 years
- Heart conditions, respiratory diseases: 3-4 years
- Joint disorders, thyroid: 2 years
- Portability:** If switching from another insurer, waiting period credit given

Specific Disease Waiting Period: 1-2 years

- Cataract, hernia, piles: 2 years
- Sinusitis, tonsillitis: 1 year
- Hysterectomy, joint replacement: 2 years
- Benign tumors: 2 years

Maternity: 9-24 months

Varies by plan selection

TA:

அந்தம் காத்திருப்பு காலம்: 30 நாட்கள்

முதல் 30 நாட்களில் விபத்து மருத்துவமனை சேர்க்கையைத் தவிர எந்த கோரிக்கையும் அனுமதிக்கப்படாது.

முன்பே இருந்த நோய்கள் (PED): 2-4 வருடங்கள்

காப்பீடு வாங்குவதற்கு முன் இருந்த நோய்கள்/நிலைமைகள்:

- நீரிழிவு, உயர் இரத்த அழுத்தம்: 2-3 வருடங்கள்
- இதய நிலைமைகள், சுவாச நோய்கள்: 3-4 வருடங்கள்
- மூட்டு கோளாறுகள், தெராய்டு: 2 வருடங்கள்
- **போர்ட்டபிளிட்டி:** மற்றொரு காப்பீட்டாளரிடமிருந்து மாறினால், காத்திருப்பு காலம் கிரெடிட் வழங்கப்படும்

குறிப்பிட்ட நோய் காத்திருப்பு காலம்: 1-2 வருடங்கள்

- கண்புரை, குடலிறக்கம், மூலம்: 2 வருடங்கள்
- ணசனசைடிஸ், டான்சிலிடிஸ்: 1 வருடம்
- கருப்பை அகற்றல், மூட்டு மாற்று: 2 வருடங்கள்
- தீங்கற்ற கட்டிகள்: 2 வருடங்கள்

மகப்பேறு: 9-24 மாதங்கள்

திட்ட தேர்வின்படி மாறுபடும்

5. Exclusions / விலக்குகள்

EN: Permanent Exclusions:

1. Cosmetic/aesthetic treatments (unless medically necessary post-accident)
2. Infertility treatment, IVF, surrogacy
3. Vitamin/dietary supplements (unless part of treatment)
4. Routine health check-ups
5. Obesity/weight control programs
6. Non-allopathic treatments (Ayurveda, Homeopathy - unless covered by rider)
7. War, nuclear risks
8. Self-inflicted injuries, suicide attempts
9. Sexually transmitted diseases (HIV/AIDS)
10. Congenital disorders (birth defects)
11. Experimental/unproven treatments
12. Gender reassignment surgery
13. Stem cell therapy (unless proven)
14. Hormone replacement therapy (non-medical)

Temporary Exclusions (during waiting period):

- Pre-existing diseases
- Specific diseases as mentioned
- Maternity-related expenses

TA: நிரந்தர விலக்குகள்:

1. அழகு/அழகியல் சிகிச்சைகள் (விபத்திற்குப் பிறகு மருத்துவ ரீதியாக தேவைப்பட்டால் தவிர)
2. மலட்டுத்தன்மை சிகிச்சை, IVF, வாடகைத் தாய்
3. வைட்டமின்/உணவு சப்ளிமெண்டஸ் (சிகிச்சையின் பகுதியாக இல்லாவிட்டால்)
4. வழக்கமான சுகாதார பரிசோதனைகள்
5. உடல் பருமன்/எடை கட்டுப்பாடு திட்டங்கள்
6. அலோபதி அல்லாத சிகிச்சைகள் (ஆயுர்வேதம், ஹோமியோபதி - rider மூலம் உள்ளடக்கப்படாவிட்டால்)
7. போர், அணு அபாயங்கள்
8. சுய-காயங்கள், தற்கொலை முயற்சிகள்
9. பாலியல் வழி பரவும் நோய்கள் (HIV/AIDS)
10. பிறவி கோளாறுகள் (பிறப்பு குறைபாடுகள்)
11. சோதனை/நிரூபிக்கப்படாத சிகிச்சைகள்
12. பாலின மறுஒதுக்கீடு அறுவை சிகிச்சை
13. ஸ்டெம் செல் சிகிச்சை (நிரூபிக்கப்படாவிட்டால்)
14. ஹார்மோன் மாற்று சிகிச்சை (மருத்துவம் அல்லாத)

தற்காலிக விலக்குகள் (காத்திருப்பு காலத்தின் போது):

- முன்பே இருந்த நோய்கள்
- குறிப்பிட்ட நோய்கள் குறிப்பிட்டது போல
- மகப்பேறு தொடர்பான செலவுகள்

6. Claim Procedure / நஷ்ட கோரிக்கை செயல்முறை

EN:

Cashless Claims (Network Hospitals)

Step 1: Pre-Authorization

- Inform insurer through hospital TPA desk
- Submit policy card, ID proof, and filled pre-authorization form
- Hospital sends treatment estimate to TPA
- Approval/rejection within 2-6 hours (emergency cases: immediate)

Step 2: Treatment

- Proceed with treatment once approved
- Any additional costs beyond estimate require re-authorization

Step 3: Discharge

- Review final bill with hospital
- Sign discharge summary and claim form
- Pay only non-payable items (co-pay, deductible, exclusions)
- Original documents retained by hospital

Documents Required:

- Health card/policy copy
- Photo ID and address proof
- Doctor's prescription and admission note
- Medical reports and investigation results

Reimbursement Claims (Non-Network Hospitals)

Step 1: Inform insurer within 24 hours of hospitalization

- Helpline: 1800-XXX-XXXX
- Email intimation with policy number and diagnosis

Step 2: Complete treatment and collect all documents

Step 3: Submit claim within 15 days of discharge

- Original bills and receipts
- Discharge summary with diagnosis
- Investigation reports
- Doctor's prescription
- Pharmacy bills
- Payment proof (credit card/bank statement)
- Cancelled cheque for reimbursement

Step 4: Claim processing

- Document verification: 3-5 days
- Medical scrutiny if required: 7-10 days
- Clarification from hospital/doctor if needed
- Approval and payment: Within 30 days

TA:

பண்ணில்லா கோரிக்கைகள் (நெட்வர்க் மருத்துவமனைகள்)

படி 1: முன் அங்கீகாரம்

- மருத்துவமனை TPA மேசை மூலம் காப்பீட்டாளருக்கு தெரிவிக்கவும்
- காப்பீட்டு அட்டை, அடையாள ஆதாரம் மற்றும் நிரப்பப்பட்ட முன் அங்கீகார படிவத்தை சமர்ப்பிக்கவும்
- மருத்துவமனை சிகிச்சை மதிப்பீட்டை TPA-க்கு அனுப்புகிறது
- 2-6 மணி நேரத்திற்குள் ஒப்புதல்/நிராகரிப்பு (அவசர வழக்குகள்: உடனடியாக)

படி 2: சிகிச்சை

- ஒப்புதல் கிடைத்தவுடன் சிகிச்சை தொடரவும்
- மதிப்பீடிற்கு அப்பாற்பட்ட கூடுதல் செலவுகளுக்கு மறு-அங்கீகாரம் தேவை

படி 3: வெளியேற்றம்

- இறுதி பில்லை மருத்துவமனையுடன் பரிசீலிக்கவும்

- வெளியேற்ற சுருக்கம் மற்றும் கோரிக்கை படிவத்தில் கையொப்பமிடவும்
- செலுத்த முடியாத பொருட்கள் மட்டும் செலுத்தவும் (co-pay, deductible, விலக்குகள்)
- அசல் ஆவணங்கள் மருத்துவமனையால் வைக்கப்படும்

திருப்பிச் செலுத்துதல் கோரிக்கைகள் (நெட்வர்க் அல்லாத மருத்துவமனைகள்)

படி 1: மருத்துவமனையில் சேர்ந்த 24 மணி நேரத்திற்குள் காப்பீட்டாளருக்கு தெரிவிக்கவும்

படி 2: சிகிச்சை முடித்து அனைத்து ஆவணங்களையும் சேகரிக்கவும்

படி 3: வெளியேறிய 15 நாட்களுக்குள் கோரிக்கையை சமர்ப்பிக்கவும்

- அசல் பில்கள் மற்றும் ரசீதுகள்
- நோய் கண்டறிதலுடன் வெளியேற்ற சுருக்கம்
- விசாரணை அறிக்கைகள்
- மருத்துவரின் மருந்துச் சீட்டு
- மருந்தகம் பில்கள்
- பணம் செலுத்திய ஆதாரம்
- திருப்பிச் செலுத்துதலுக்கு ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை

படி 4: கோரிக்கை செயலாக்கம்

- ஆவண சரிபார்ப்பு: 3-5 நாட்கள்
- தேவைப்பட்டால் மருத்துவ ஆய்வு: 7-10 நாட்கள்
- தேவைப்பட்டால் மருத்துவமனை/மருத்துவரிடமிருந்து விளக்கம்
- ஒப்புதல் மற்றும் பணம் செலுத்துதல்: 30 நாட்களுக்குள்

7. Co-payment and Sub-limits / இணை செலுத்துதல் மற்றும் துணை வரம்புகள்

EN:

Co-payment

Insured pays a fixed percentage of claim amount:

- **Age-based:** 20% co-pay for persons above 60 years (some plans)
- **Voluntary co-pay:** Opt for 10-20% co-pay to reduce premium by 10-30%
- **Zone-based:** Higher co-pay in metro cities for some plans

Example: If hospital bill is ₹1,00,000 with 20% co-pay, insured pays ₹20,000 and insurer pays ₹80,000.

Sub-limits

Caps on specific expense categories:

- **Room rent:** ₹5,000 per day (proportionate deduction applies if exceeded)
- **Cataract:** ₹40,000 per eye
- **Hernia:** ₹50,000
- **Joint replacement:** ₹1,50,000
- **Modern treatments:** 50% of sum insured

Proportionate Deduction Formula: If room rent exceeds limit, all associated costs are reduced proportionately. **Deduction % = (Actual Room Rent - Entitled Room Rent) / Actual Room Rent**

Example:

- Entitled room rent: ₹2,000/day
- Actual room rent: ₹4,000/day
- Total bill: ₹2,00,000
- Deduction: $(₹4,000 - ₹2,000) / ₹4,000 = 50\%$
- Claim payout: ₹2,00,000 × 50% = ₹1,00,000**

TA:

இணை செலுத்துதல்

காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் கோரிக்கை தொகையின் நிர்ணயிக்கப்பட்ட சதவீதத்தை செலுத்துகிறார்:

- வயது அடிப்படையில்:** 60 வயதுக்கு மேற்பட்டவர்களுக்கு 20% இணை செலுத்துதல் (சில திட்டங்கள்)
- தன்னார்வ இணை செலுத்துதல்:** பிரீமியத்தை 10-30% குறைக்க 10-20% இணை செலுத்துதலை தேர்வு செய்யவும்
- மண்டல அடிப்படையில்:** சில திட்டங்களில் மெட்ரோ நகரங்களில் அதிக இணை செலுத்துதல்

எடுத்துக்காட்டு: மருத்துவமனை பில் 20% இணை செலுத்துதலுடன் ₹1,00,000 எனில், காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் ₹20,000 செலுத்துகிறார் மற்றும் காப்பீட்டாளர் ₹80,000 செலுத்துகிறார்.

துணை வரம்புகள்

குறிப்பிட்ட செலவு வகைகளில் வரம்புகள்:

- அறை வாடகை:** ₹5,000 ஒரு நாளுக்கு (மீறினால் விகிதாச்சார கழித்தல் பொருந்தும்)
- கண்புரை:** ஒரு கண்ணுக்கு ₹40,000
- குடலிறக்கம்:** ₹50,000
- மூட்டு மாற்று:** ₹1,50,000
- நவீன சிகிச்சைகள்:** காப்பீட்டுத் தொகையில் 50%

8. Premium Calculation Example / பிரீமியம் கணக்கீட்டு எடுத்துக்காட்டு

EN:

Example: Family Floater Plan

- Members: Self (35 years), Spouse (32 years), Son (5 years), Daughter (3 years)
- Sum Insured: ₹10 lakhs
- Location: Chennai
- Plan: Standard (with maternity cover)

Base Premium Calculation:

Member	Age	Individual Premium
Self	35	₹8,500
Spouse	32	₹7,800
Son	5	₹3,200
Daughter	3	₹3,000

Family Floater Discount: 15% discount on combined premium Combined Premium: ₹22,500 After discount: ₹22,500 × 85% = ₹19,125

Add-ons:

- Maternity cover: ₹3,500
- Critical illness rider (₹5 lakhs): ₹2,500
- Consumables cover: ₹1,200

Total before GST: ₹19,125 + ₹3,500 + ₹2,500 + ₹1,200 = ₹26,325

GST (18%): ₹26,325 × 18% = ₹4,739

Total Annual Premium: ₹31,064

Optional Discount:

- If opting for 10% co-pay: Additional 15% discount = ₹4,560 savings
- **Net Premium with co-pay: ₹26,504**

TA:

எடுத்துக்காட்டு: குடும்ப மிதவை திட்டம்

- உறுப்பினர்கள்: சுயம் (35 வயது), மனைவி/கணவர் (32 வயது), மகன் (5 வயது), மகள் (3 வயது)
- காப்பீட்டுத் தொகை: ₹10 லட்சம்
- இடம்: சென்னை
- திட்டம்: நியமம் (மகப்பேறு காப்பீடுடன்)

குடும்ப மிதவை தள்ளுபடி: ஒருங்கிணைந்த பிரீமியத்தில் 15% தள்ளுபடி ஒருங்கிணைந்த பிரீமியம்: ₹22,500 தள்ளுபடிக்குப் பிறகு: ₹22,500 × 85% = ₹19,125

கூடுதல்கள்:

- மகப்பேறு காப்பீடு: ₹3,500
- கடுமையான நோய் rider (₹5 லட்சம்): ₹2,500
- நுகர்பொருட்கள் காப்பீடு: ₹1,200

GST க்கு முன் மொத்தம்: ₹19,125 + ₹3,500 + ₹2,500 + ₹1,200 = ₹26,325

GST (18%): ₹26,325 × 18% = ₹4,739

மொத்த ஆண்டு பிரீமியம்: ₹31,064

9. FAQs / அடிக்கடி கேட்கப்படும் கேள்விகள்

Q1 (EN): Can I use my health insurance for COVID-19 treatment? **A1 (EN):** Yes, COVID-19 hospitalization is covered under standard health insurance policies. No waiting period applies as it's treated as an infectious disease.

Q1 (TA): COVID-19 சிகிச்சைக்கு என் சுகாதார காப்பீட்டை பயன்படுத்த முடியுமா? **A1 (TA):** ஆம், COVID-19 மருத்துவமனை சேர்க்கை நியமான சுகாதார காப்பீட்டு கொள்கைகளின் கீழ் உள்ளடக்கப்படுகிறது. இது தொற்று நோயாக கருதப்படுவதால் காத்திருப்பு காலம் பொருந்தாது.

Q2 (EN): What happens if my sum insured gets exhausted mid-year? **A2 (EN):** You can purchase a top-up or super top-up policy to extend coverage, or wait until policy renewal to restore the sum insured. Some policies offer automatic restoration of sum insured for unrelated illnesses.

Q2 (TA): வருடத்தின் நடுவில் என் காப்பீட்டுத் தொகை தீர்ந்துவிட்டால் என்ன நடக்கும்? **A2 (TA):** காப்பீட்டை நீட்டிக்க top-up அல்லது super top-up காப்பீட்டை வாங்கலாம், அல்லது காப்பீட்டுத் தொகையை மீட்டெடுக்க காப்பீடு புதுப்பிப்பு வரை காத்திருக்கலாம். சில காப்பீடுகள் தொடர்பில்லாத நோய்களுக்கு காப்பீட்டுத் தொகையின் தானியங்கி மீட்டெடுப்பை வழங்குகின்றன.

Q3 (EN): Is Ayurvedic treatment covered? **A3 (EN):** Standard policies don't cover Ayurveda/Homeopathy. However, you can purchase AYUSH rider which covers treatment at recognized Ayurvedic, Yoga, Unani, Siddha, and Homeopathy hospitals, typically up to 50% of sum insured.

Q3 (TA): ஆயுர்வேத சிகிச்சை உள்ளடக்கப்படுமா? **A3 (TA):** நியமான காப்பீடுகள் ஆயுர்வேதம்/ஹோமியோபதியை உள்ளடக்காது. இருப்பினும், AYUSH rider வாங்கலாம், இது அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஆயுர்வேத, யோகா, யூனானி, சித்தா மற்றும் ஹோமியோபதி மருத்துவமனைகளில் சிகிச்சையை உள்ளடக்குகிறது, பொதுவாக காப்பீட்டுத் தொகையில் 50% வரை.
