

# ஆரோக்கிய சஞ்சீவானி பாலிசி, மாக்மா ஜீஐஎல்- முன்மொழிவு படிவம்



முன்மொழிவு பெறப்பட்ட நாள் \_\_\_\_\_

<b>1. அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்</b>	
கிளை பெயர்	கிளை குறியீடு
இடைத்தரகர் பெயர்	இடைத்தரகர் குறியீடு
விற்பனை சேனல் வகை	POSP என்றால் கீழேயுள்ளவற்றை வழங்கவும்:-
	a) POSP -இன் PAN அட்டை எண்
	b) POSP -இன் AADHAR அட்டை எண்

**படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான வழிகாட்டுதல்கள் (முன்மொழிபவர் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்)**  
 தயவுசெய்து அனைத்து கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கவும். தயவுசெய்து அனைத்து கேள்விகளுக்கும் முழுமையாகவும் சரியாகவும் பதிலளிக்கவும். இந்த முன்மொழிவு நாங்கள் வழங்கக்கூடிய எந்தவொரு காப்பீட்டுக் கொள்கைக்கும் அடிப்படையாக இருக்கும். காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களுக்கும் தொடர்புடைய அனைத்து உண்மைகளையும் நீங்கள் வெளியிட வேண்டும். இது ஒரு பாலிசியை வெளியிடுவதற்கான எங்கள் முடிவு அல்லது அதன் விலை, விதிமுறைகள், நிபந்தனைகள் மற்றும் விலக்குகளை பாதிக்கலாம். எந்தவொரு உண்மையற்ற அல்லது தவறான அறிக்கை, தவறான பிரதிநிதித்துவம், விளக்கம் இல்லாதது அல்லது வெளிப்படுத்தப்படாதது, முன்மொழிவு படிவத்தின்படி அறிக்கை, அறிவிப்பு மற்றும் இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்கள் அல்லது முன்மொழிபவர் அல்லது அவர் சார்பாகச் செயல்படும் எவராலும் மறைக்கப்பட்ட எந்தவொரு முக்கிய தகவலிலும் இருந்தால், எங்கள் சொந்த விருப்பப்படி பாலிசி செல்லாது. கோரப்பட்ட அல்லது கோரப்படாத தகவலை வழங்க போதுமான இடம் இல்லை என்றால், ஒரு தனித் தானை இணைக்கவும். உங்களுக்கு ஏதேனும் சந்தேகமிருந்தால், எங்கள் நிறுவன பிரதிநிதி அல்லது உங்கள் காப்பீட்டு ஆலோசகரிடம் உதவி பெறவும். காப்பீட்டுக்கான ஒரு முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது. மேலும், பிரிமியம் முழுமையாகவும் உரிய நேரத்திலும் எங்களுக்குக் கிடைக்கவில்லை என்றால், அல்லது அது காசோலை பணமாகவில்லை என்றால் அல்லது பாலிசிக்கு முந்தைய மருத்துவ பரிசோதனை பூர்த்தி செய்யப்படவில்லை என்றால் அல்லது முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்கவில்லை என்றால், பாலிசியின் கீழ் எந்தவொரு கட்டணத்தையும் செலுத்துவதற்கு நாங்கள் பொறுப்பில்லை.

\*என்று குறிக்கப்பட்ட அனைத்து புலங்களையும் / விவரங்களையும் அவசியம் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

## 2. முன்மொழிபவரின் விவரங்கள்

**இந்தப் படிவத்தை உங்களுக்கும் காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட ஒவ்வொரு நபருக்கும் பெரிய எழுத்துக்களில் பூர்த்தி செய்யவும்.**

முன்மொழிபவரின் பெயர்* (திரு./செல்வி/திருமதி/மற்றவர்கள்)	(முதல் பெயர்)	(நடுப் பெயர்)	(கடைசிப் பெயர்)
திருமண நிலை	<input type="checkbox"/> திருமணமாகாதவர்	<input type="checkbox"/> திருமணமானவர்	
பாலினம்	<input type="checkbox"/> ஆண்	<input type="checkbox"/> பெண்	<input type="checkbox"/> இவற்றில் எதுமில்லை
நாட்டினம்*	பிறந்த தேதி நாள் மாதம் வருடம்: <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"/>		
பணி	<input type="checkbox"/> சம்பளம் பெறும் ஊழியர்	<input type="checkbox"/> சுயதொழில் செய்பவர்	<input type="checkbox"/> தொழில்முறை <input type="checkbox"/> மற்றவை மற்றவை, குறிப்பிடவும்.....
ஆண்டு வருமானம் (ரூபாயில்)	<input type="checkbox"/> < 3,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000 – 10,00,000	<input type="checkbox"/> 10,00,001 – 25,00,000 <input type="checkbox"/> >25,00,000
தகவல் தொடர்பு முகவரி*			
அடையாளக்குறி			
நகரம்:	மாநிலம்:	அஞ்சல் குறியீடு:	கிராமப் பஞ்சாயத்து பெயர்:
தொலைபேசி எண் STD குறியீடு	தலைநகர தொலைபேசி எண்:	மொபைல் எண்:	
நிரந்தர முகவரி/நிரந்தர முகவரி			
அடையாளக்குறி			
நகரம்:	மாநிலம்:	அஞ்சல் குறியீடு:	
தொலைபேசி எண் STD குறியீடு	மொபைல் எண்:		
மின்னஞ்சல் முகவரி			

நீங்கள் ஒரு மாக்மா நிறுவன ஊழியரா?  ஆம் எனில், பணியாளர் ID:.....  No | Do you have any other Policy with Magma HDI?  Yes, Policy No:.....  No

பாலிசி விளக்கவுரைகள் மற்றும் பிற ஆவணங்களை மின்னஞ்சல் மூலம் மட்டுமே பெற விரும்புகிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை

குடியுரிமை  இந்தியாவில் வசிப்பவர்  இந்தியாவில் வசிக்காத இந்தியர்  வெளிநாட்டவர்  இந்திய வம்சாவளியினர்

நீங்கள் உடல் குறைபாடு உள்ளவர் என்றால், உங்களுக்குத் தேவையான சேவைகளை வழங்க எங்களுக்கு உதவக் கீழேயுள்ள விவரங்களை வழங்கவும்.

உடல் இயலாமை வகை \_\_\_\_\_ உடல் இயலாமை சதவிகிதம் \_\_\_\_\_

PAN எண் \_\_\_\_\_ ஆதார எண் \_\_\_\_\_

அடையாள சான்று வகை  PAN அட்டை  பாஸ்போர்ட்  வாக்காளர் அடையாள அட்டை  ஓட்டுநர் உரிமம்  ஆதார அட்டை  மற்றவை மற்றவை, குறிப்பிடவும் \_\_\_\_\_

KYC செய்யமுறைக்கு அடையாள (ID) மற்றும் (முகவரிச் சான்றாண்மை) பகிரவும். PAN வழங்கப்பட்டால், பாஸ்போர்ட் / வாக்காளர் அட்டை / ஓட்டுநர் உரிமம் / ஆதார எண் அல்லது வேறு ஏதேனும் அதிகாரப்பூர்வமாகச் செல்லுபடியாகும் ஆவணத்தைப் பகிரவும். வெளிநாட்டுக் குடியுரிமை பெற்ற நபர்கள், வெளிநாட்டில் வாழும் இந்தியர்கள் (NRI) மற்றும் இந்திய வம்சாவளியைச் சேர்ந்த நபர்கள் (PIO) ஆகியோருக்குத் தேவையான ஆவணங்கள் (அ) பாஸ்போர்ட் (ஆ) ஓட்டுநர் உரிமம் (ஆ) வாக்காளர் அடையாள அட்டை மற்றும் இந்தியாவில் உள்ள வெளிநாட்டுத் தூதரகம் அல்லது மிஷன் வழங்கிய கடிதங்கள் மற்றும் அந்தந்த நாடுகளால் வழங்கப்பட்ட தொடர்புடைய அடையாள ஆவணங்கள்.

\*பொருத்தக்கூடிய KYC KYC சரிபார்ப்பை மேற்கொள்வதற்காக, எனது/எங்கள் அடையாள/முகவரிச் சான்று மற்றும் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் அடையாள/முகவரிச் சான்று ஆகியவற்றை மத்திய KYC பதிவேடு அல்லது UIDAI மூலமாகவோ அல்லது வேறு ஏதேனும் அனுமதிக்கப்பட்ட முறைகள் மூலமாகவோ பெறுவதற்கு.  ஆம்  இல்லை

### 3. திட்ட விவரங்கள்

பாலிசி வகை  தனிநபர் குடும்ப ஃபிலோட்டர்  குடும்ப ஃபிலோட்டர்

குடும்ப ஃபிலோட்டர் என்றால், காப்பீடு செய்யப்படும் நபர்களின் எண்ணிக்கை, பெரியவர்கள்: \_\_\_\_\_ குழந்தைகள்: \_\_\_\_\_ (அதிகபட்சம் 4 பெரியவர்கள் மற்றும் 3 குழந்தைகள்)

காப்பீட்டுத் தொகை  50,000  1 லட்சம்  1.5 லட்சம்  2 லட்சம்  2.5 லட்சம்  3 லட்சம்  3.5 லட்சம்  4 லட்சம்  4.5 லட்சம்  5 லட்சம்  5.5 லட்சம்  6 லட்சம்  6.5 லட்சம்  7 லட்சம்  7.5 லட்சம்  8 லட்சம்  8.5 லட்சம்  9 லட்சம்  9.5 லட்சம்  10 லட்சம்

பிரிமியம் செலுத்தும் கால இடைவெளி  ஒருமுறை செலுத்தும் பிரிமியம்  மாதாந்திர தவணை  காலாண்டு தவணை  அரையாண்டு தவணை

காப்பீடு காலம்  1 வருடம்

### 4. காப்பு வழங்க வேண்டிய காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர்களின் விவரங்கள்

விவரங்கள்	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 1	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 2	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 3	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 4	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 5	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 6	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 7
தலைப்பு							
பெயர்*	(முதல் பெயர்)	(நடுப் பெயர்)	(கடைசிப் பெயர்)				
பாலினம் (ஆண்/பெண்/இவற்றில் எதுவுமில்லை)							
உயரம்* (செ.மீ)							
எடை* (கிலோ)							
கண் ஒளி விலகல் பிழை குறியீடு இடது மற்றும் வலது கண்							
பிறந்த தேதி நாள் மாதம் வருடம்)							
முன்மொழிபவருடனான உறவு*							
பணி (சம்பளம் பெறும் / சுயதொழில் செய்பவர் / தொழில்முறையாளர் / மற்றவர்கள்)							
ஆயுஷ்மான பாரத் சுகாதாரக் கணக்கு (ABHA) *ABHA உடன் இணைக்கப்பட்ட எனது / எங்கள் மருத்துவப் பதிவுகளைச் சரிபார்த்துப் பெறுவதற்கு நிறுவனத்திற்கு எனது / எங்கள் ஒப்புதலை இதன் மூலம் நான் / நாங்கள்.	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை



	Yes/No	Insured Person No
13. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்டவர் ஏதேனும் நாள்பட்ட அல்லது நீண்டகால மருத்துவ பாதிப்பால் அவதிப்படுகிறாரா, அல்லது வேறு ஏதேனும் இயலாமை, அசாதாரணம் அல்லது தொடர்ச்சியான நோய் அல்லது காயம் இருக்கிறதா அல்லது சாதாரண செயல்பாடுகளைச் செய்ய முடியாதவரா?		
14. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர் புகையிலை பொருட்கள் / சிகரெட்டுகளைப் பயன்படுத்துகிறாரா அல்லது அவருக்கு மதுபானம் அருந்தும் பழக்கம் இருக்கிறதா?		
15. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர்களில் யாராவது கருவுறாமை தொடர்பான ஏதேனும் நோயால் பாதிக்கப்படுகிறாரா?		
16. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட எந்தவொரு நபருக்கும் வேறு ஏதேனும் பாதிப்பு அல்லது அறிகுறி / மனநல பாதிப்புகள் / மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டு சிகிச்சை பெறுகிறாரா / டிராய்க்குச் சிகிச்சை பெறுகிறாரா / அவருக்கு அறுவை சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்படுகிறதா / தற்போது ஏதேனும் பாதிப்பு அல்லது மருத்துவ நடைமுறைகளுக்கு (நோயறிதல் சோதனை உட்பட) மருந்துகளை எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறாரா, ஏதேனும் மருத்துவர் அல்லது பிற சுகாதார வழங்குநரிடம் ஆலோசனை பெற்றிருக்கிறீர்களா அல்லது சிகிச்சை பெற்றிருக்கிறீர்களா??		
17. உங்களுக்கு அல்லது காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர்களில் யாருக்காவது, இந்த காப்பீட்டை முன்மொழிவதற்கு முன்பு, பின்வரும் ஏதேனும் கடுமையான நோய்கள் இருப்பதாகக் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறதா அல்லது அறுவைசிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட்டதா பற்றினோய், மாரடைப்பு, இதய இரத்த தமனி, பைபால் கிராஃப்ட், இதய வால்வு மாற்று / பழுது பார்ப்பு, கோமா, சிறுநீரக செயலிழப்பு, பக்கவாதம், ஏதேனும் உறுப்பு மாற்று அறுவை சிகிச்சை, பக்கவாதம், மல்டிபிள் ஸ்க்னோசிஸ், மோட்டர் நியூரன் நோய் அல்லது எச்.ஐ.வி / எய்ட்ஸ்?		

பிரிவு B: (மேலே உள்ள பிரிவு A இல் ஆம் எனப் பதிலளிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு) நோய் / மருந்து / மருத்துவ பரிசோதனை / அறுவை சிகிச்சை / டையோப்டர் தரத்தின் பெயர் மற்றும் விவரங்கள்	கடைசியாக மருத்துவ ஆலோசனை பெற்ற தேதி	மருத்துவர் பெயர்	மருத்துவமனை பெயர் மற்றும் தொலைபேசி எண்	உடல்நல பாதிப்பு விவரங்கள்
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 1:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 2:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 3:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 4:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 5:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 6:				
காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபர் 7:				

வேறு ஏதேனும் விவரங்கள்: .....

தேவைப்பட்டால் கூடுதல் தாள்களைச் சேர்க்கவும்.

### பிரிவு C: முக்கிய குறிப்புகள்:

- இந்த முன்மொழிவு படிவம் அல்லது வேறு எந்த ஒரு இணை தகவல் படிவங்கள் அல்லது ஆவணங்களிலும் உங்களால் அல்லது உங்கள் சார்பாக எங்களுக்கு வழங்கப்படும் தகவல்கள், உங்களுக்குக் காப்பீடு வழங்குவது மற்றும் வழங்கப்படுவதற்கான விதிமுறைகள் மீது தாக்கத்தை விளைவிக்கும். மேலும் நாங்கள் வழங்கும் எந்த ஒரு பாலிசியும் நீங்கள் எங்களுக்கு வழங்கிய தகவல்களின் அடிப்படையிலேயே இருக்கும். ஆகவே உங்கள் பதில்கள் அனைத்து வகையிலும் முழுமையாகத் துல்லியமாக இருக்க வேண்டியது மிகவும் முக்கியம்.
- இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் கண்டுள்ள கேள்விகள் முழுமையான விரிவானதாக இல்லாது குறிப்பிட்ட வகையில் சுட்டிக்காட்டுவதாக மட்டுமே இருக்கும். ஆகவே இந்த முன்மொழிவு படிவத்திலுள்ள கேள்விகள் பொருள் சார்ந்து நேரடியாக இல்லாத நிகழ்வுகளிலும் காப்பீடு வழங்குவதிலுள்ள ஆபத்துக்குப் பொருந்தும் அனைத்து தகவல்களையும் நீங்கள் எங்களுக்கு வழங்க வேண்டும். வழங்க வேண்டிய தகவல்கள் குறித்து உங்களுக்கு ஏதாவது சந்தேகம் இருந்தால் உங்கள் காப்பீட்டு ஆலோசகர் / நிறுவனத்தைத் தொடர்பு கொள்ளவும்.
- உங்கள் முன்மொழிவு ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவது, உங்கள் மருத்துவ பரிசோதனை அறிக்கைகள் (பொருந்தும் இடங்களில்) மருத்துவ காப்பீட்டு பொறுப்புறுதி அறிக்கைகள் முழுவதும் பெறப்படுவதற்கு உட்பட்டு இருக்கும் மற்றும் நிறுவனத்தால் பிரிமியத் தொகை முழுமையாகப் பெறப்பட்ட பிறகு காப்பீடு காலம் தொடங்கும்.
- விடுதல்கள்/ உள்எடங்குபவை மற்றும் இதர பாலிசி தகவல்கள் பட்டியல் குறிப்பிட்டுச் சுட்டிக் காட்டும் வகையில் இருக்கும், ஒரு நிறைவான முழுமையான தகவல்கள் அடங்கிய பட்டியலைக் காண பாலிசி வாசகங்களைக் கவனமாகப் பார்ப்பு.

### பிரிவு D: குடும்ப மருத்துவர் விவரங்கள்:

பெயர்:	தொலைபேசி எண்:
--------	---------------

### 8. கட்டண விவரங்கள்

- கட்டண விவரங்கள்: டிக் செய்யவும் ( ) மொத்த பிரிமியத் தொகை (ஜி.என்.டி. உட்பட)  பணம்  காசோலை / நெப்ட் / டிமான்ட் டிராஃப்ட்  டிஜிட்டல் பேமென்ட்  
காசோலை / நெப்ட் / டிமான்ட் டிராஃப்ட் எண் \_\_\_\_\_ காசோலை/நெப்ட்/டிமான்ட் டிராஃப்ட் தேதி \_\_\_\_\_ வங்கி \_\_\_\_\_
- நேரடி வங்கி பரிமாற்றம் மூலம் கிளைம் / பணத்தைத் திரும்பப் பெற, பின்வரும் விவரங்களை வழங்கவும்: (ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலையை முன்மொழிவு படிவத்துடன் இணைக்கவும்)  
வங்கி பெயர் \_\_\_\_\_ கிளை \_\_\_\_\_ நகரம் \_\_\_\_\_  
கணக்கு வகை \_\_\_\_\_ IFSC குறியீடு \_\_\_\_\_ கணக்கு எண் \_\_\_\_\_

### உறுதிமொழி:

மேலே குறிப்பிட்ட பாலிசி தொடர்பாக நான் / நாங்கள் செலுத்திய பிரிமியத் தொகை எனது / எங்களது சட்டப்பூர்வ வருவாய் மூலாதாரத்திலிருந்து செலுத்தப்பட்டது என்பதை நான் / நாங்கள் இதன் மூலம் அறிவித்து பொறுப்புறுதி அளிக்கிறோம்.  
பாலிசியின் காகித நகலை பெற விரும்புகிறீர்களா  ஆம்  இல்லை

### 9. எலெக்ட்ரானிக் காப்பீட்டு விவரங்கள்

இந்த பாலிசியை eA -இல் கிரெடிட் செய்ய விரும்புகிறீர்களா? (ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்வு செய்யவும்)  
 இல்லை, என்னிடம் eA இல்லை, நான் ஒன்றைத் திரும்பவில்லை.  ஆம், இந்த பாலிசியை எனது இ-காப்பீட்டுக் கணக்கில் வரவு வைக்கவும்.  
ஆம் எனில், உங்கள் இ-காப்பீட்டுக் கணக்கு எண்ணைப் பகிரவும்.  
காப்பீட்டுக் களஞ்சியப் பெயரைத் தேர்வு செய்யவும் நீங்கள் கணக்கைத் திறந்திருக்கும் களஞ்சியப் பெயர் \_\_\_\_\_  
 M/s புரோட்டியன் எகோவ் டெக்னாலஜிஸ் லிமிடெட்  M/s கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரெபோசிட்டுரி லிமிடெட்  
 M/s சென்ட்ரல் இன்சூரன்ஸ் ரெபோசிட்டுரி லிமிடெட்  M/s CAMS ரெபோசிட்டுரி சர்வீஸ் லிமிடெட்  
 M/s SHCIL ப்ராஜெக்ட்ஸ் லிமிடெட் (ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்) அல்லது  
 என்னிடம் இ-காப்பீட்டுக் கணக்கு இல்லை, புதிய இ-காப்பீட்டுக் கணக்கை உருவாக்க விரும்புகிறேன் (எலெக்ட்ரானிக் காப்பீட்டுக் கணக்கு திறப்பு படிவத்தை (eA படிவம்) தொடர்புடைய ஆவணங்களுடன் சமர்ப்பிக்கவும்)  
எனது CKYC எண் (உங்கள் வாடிக்கையாளரை அறிய மத்திய பதிவு எண்) (இருந்தால்): \_\_\_\_\_

பிரதிநிதியின் விவரங்கள் (முன்மொழிபவர் மற்றும் முதன்மை காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் தவிர வேறு எந்த நபருக்கும் eA திறக்கப்பட வேண்டும் என்றால் மட்டுமே)

முதல் பெயர் \_\_\_\_\_ நடுப் பெயர் \_\_\_\_\_ கடைசிப் பெயர்: \_\_\_\_\_

பாலினம்  ஆண்  பெண்  இவற்றில் ஏதுமில்லை பிறந்த தேதி  PAN எண்

முகவரி வரி 1

முகவரி வரி 2

முகவரி வரி 3

அஞ்சல் குறியீடு  தொலைபேசி எண்  மொபைல் எண்

உறவுமுறை \_\_\_\_\_ மற்ற உறவுமுறை \_\_\_\_\_ மின்னஞ்சல் முகவரி: \_\_\_\_\_

UO \_\_\_\_\_ அடையாளக் குறி \_\_\_\_\_ மாநிலம் \_\_\_\_\_

நகரம் \_\_\_\_\_ நாடு \_\_\_\_\_

## 10. உறுதிமொழிகள்

### 1. உறுதிமொழி

- எனது சார்பாகவும், காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களின் சார்பாகவும், என்னால் வழங்கப்பட்ட மேற்கண்ட அறிக்கைகள், பதில்கள் மற்றும் அல்லது விவரங்கள் எனக்குத் தெரிந்தவரை அனைத்து வகையிலும் உண்மையானவை மற்றும் முழுமையானவை என்றும், இதை மற்ற நபர்களின் சார்பாக முன்மொழிய எனக்கு அதிகாரம் உள்ளது என்றும் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன்.
- நான் வழங்கும் தகவல்கள் காப்பீட்டுக் கொள்கையின் அடிப்படையை உருவாக்கும் என்பதையும், காப்பீட்டாளரின் வாரியத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட காப்பீட்டுக் கொள்கைக்கு உட்பட்டது என்பதையும், செலுத்த வேண்டிய பிரிமியத் தொகையை முழுமையாகச் செலுத்திய பின்னரே பாலிசி நடைமுறைக்கு வரும் என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- மேலும், முன்மொழிவு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட பிறகு, ஆனால் நிறுவனத்தால் ஆபத்து ஏற்பு குறித்துத் தெரிவிக்கப்படுவதற்கு முன்பு, காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டியவர் / முன்மொழியப்பட்டவரின் தொழில் அல்லது பொதுவான உடல்நலத்தில் ஏற்படும் எந்தவொரு மாற்றத்தையும் எழுத்துப்பூர்வமாக அறிவிப்பேன் என்று நான் உறுதியளிக்கிறேன்.
- காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவர் அல்லது கடந்த கால அல்லது தற்போதைய முதலாளியிடமிருந்து காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபரின் உடல் அல்லது மன ஆரோக்கியத்தைப் பாதிக்கும் எந்தவொரு மருத்துவத் தகவலையும் பெறுவதற்கும், முன்மொழிவு மற்றும் அல்லது உரிமைகோரல் தீர்வை உறுதி செய்வதற்காகக் காப்பீடு செய்யப்பட வேண்டிய நபர்/முன்மொழிபவர் மீதான காப்பீட்டுக்கான விண்ணப்பம் செய்யப்பட்ட எந்தவொரு காப்பீட்டாளரிடமிருந்தும் தகவல்களைப் பெறுவதற்கும் நான் சம்மதிப்பதாக உறுதியளிக்கிறேன்.
- காப்பீட்டுத் திட்டம் மற்றும் / அல்லது கிளைம் தீர்வுக்கான ஒரே நோக்கத்திற்காகவும், எந்தவொரு அரசு மற்றும் அல்லது ஒழுங்குமுறை அதிகாரியுடனும் காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியப்பட்டவரின் மருத்துவப் பதிவுகள் உட்பட எனது திட்டம் தொடர்பான தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

தேதி:

இடம்: \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_ முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

### 2. எலக்ட்ரானிக் கொள்கை நிறைவேற்றம் மற்றும் சேவை தொடர்புகளுக்கான அங்கீகாரம் (கையொப்பமிடுவதற்கு முன், கவனமாகப் படித்து ஒவ்வொன்றிற்கும் எதிராகச் சரிபார்ப்பு குறியிடவும்)

பாலிசி ஆவணங்களை எனக்கு மின்னஞ்சல் மூலம் அனுப்பலாம் என்பதற்கு இதன் மூலம் நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன் (தயவுசெய்து உங்கள் மின்னஞ்சல் முகவரியை எங்களுக்கு வழங்கவும்) அல்லது மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள எனது மொபைல் எண்ணுக்கு குறுஞ்செய்தி அனுப்பவும்" என்ற வாசகத்தை அனைத்து முன்மொழிவு படிவங்களிலும் சேர்க்கலாம்.

நிறுவனத்தின் முன்மொழியப்பட்ட அல்லது ஏற்கனவே உள்ள கொள்கையின்படி, அவ்வப்போது மற்றும் பொருந்தக்கூடிய சட்டத்தின் விதிகளுக்கு உட்பட்டு, வரவேற்பு அழைப்புகள், சேவை அழைப்புகள் அல்லது வேறு எந்த தகவல்தொடர்புகளையும் (மின்னணு அல்லது வேறு) செய்ய மாக்மா ஜீஎஸ்எல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் ("நிறுவனம்") இதன் மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் அங்கீகரிக்கிறேன்.

எனது வாட்ஸ்அப் எண்ணில் கொள்கை தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் பெற விரும்புகிறேன்.

வாட்ஸ்அப் எண்: \_\_\_\_\_

தேதி:

இடம்: \_\_\_\_\_

முன்மொழிபவரின் பெயர்: \_\_\_\_\_ முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

### 3. பிராந்திய மொழி உறுதிமொழி

முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் மாக்மா ஜீஎஸ்எல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்திடமிருந்து மருத்துவ காப்பீட்டைப் பெறுவதற்கு இடப்பட்ட அனைத்து ஆவணங்களையும் முன்மொழிபவர் புரிந்துகொள்ளும் மொழியில் முழுமையாக விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இதை அவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டார், மேலும் முன்மொழிபவர் வழங்கிய தகவலின்படி பதில்கள் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளன. முன்மொழிபவருக்குப் பதில்கள் வாசித்து காட்டப்பட்டது, அதை அவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தினார்.

அறிவிப்பாளரின் பெயர்: \_\_\_\_\_ முன்மொழிபவருடன் உறவு: \_\_\_\_\_

அறிவிப்பாளரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_ உள்ளூர் மொழியில் விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

தேதி:

### 4. இடைத்தரகரின் உறுதிமொழி

நான், \_\_\_\_\_ காப்பீட்டு ஆலோசகர்கார்ப்பரேட் முகவரின் குறிப்பிட்ட நபர்/தரகர் உறவு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் என்ற முறையில் (முழுப் பெயர்), இந்த முன்மொழிவு படிவத்தின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும், இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மை உட்பட, முன்மொழிபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன். இதில் உள்ள கேள்விகளுக்கு அவர்/அவள் இந்த முன்மொழிவில் சமர்ப்பித்த அறிக்கைகள், தகவல் மற்றும் பதில்கள்(கள்) அல்லது இதில் கோரப்பட்ட ஏதேனும் விவரங்கள், இந்த முன்மொழிவை பாலிசி வழங்குவதற்காக நிறுவனத்தால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டால், நிறுவனத்திற்கும் முன்மொழிபவருக்கும் இடையிலான காப்பீட்டு ஒப்புத்தொடர்பின் அடிப்படையாக அமைகின்றன. இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் ஏதேனும் உண்மையற்ற அறிக்கை(கள்)/தகவல்(பதில்கள்) இருந்தால் இணைப்புகள், பிரமாணப் பத்திரங்கள், அறிக்கைகள், சமர்ப்பிக்கப்பட்ட/ வழங்கப்பட வேண்டிய சமர்ப்பிப்புகள், அல்லது ஏதேனும் முக்கிய உண்மை வெளிப்படுத்தப்படாவிட்டால், இந்த முன்மொழிவின்படி அவருக்கு/அவளுக்கு ஆதரவாக வழங்கப்பட்ட பாலிசி நிறுவனத்தால் செல்லாததாகக் கருதப்படலாம் மற்றும் பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பிரிமியமும் நிறுவனத்திற்கு பறிமுதல் செய்யப்படலாம்.

உரிம எண்/ஐடி (ஆலோசகர்கார்ப்பரேட் முகவர்தரகர் உறவு அதிகாரி)

தேதி:

காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

இந்தக் கொள்கையின் கீழ் கிடைக்கும் அனைத்து அம்சங்கள் நன்மைகளையும் நான் புரிந்துகொண்டேன் என்பதை (முன்மொழிபவரின் பெயர்) உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

தேதி:

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

### 5. முன்மொழிபவர் பிரகடனம்

(எந்த காரணத்திற்காகவும், முன்மொழிவு மற்றும் பிற இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் நிரப்பப்படாத சான்றிதழ்).

முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் பிற இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன, மேலும் முன்மொழியப்பட்ட ஒப்புத்தொடர்பின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன்.

முன்மொழிவு படிவம் எனது அறிவுறுத்தலின் பேரில் \_\_\_\_\_ ஆல் நிரப்பப்பட்டது, அது சரியானது என்று நான் கண்டறிந்தேன்.

தேதி:

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

# ஆரோக்கிய சஞ்சீவானி பாலிசி, மாக்மா ஜீஐஎல்- முன்மொழிவு படிவம்



## 6. AML வழிகாட்டுதல்கள்

1. எதிர்காலத்தில் செலுத்தப்படும் / செலுத்த வேண்டிய அனைத்து பிரிமியங்களும் உண்மையான மூலங்களிலிருந்து பெறப்பட்டவை என்றும், குற்றச் செயல்களின் மூலம் பெறப்பட்டுச் செலுத்தப்பட்டவை அல்ல என்றும், அத்தகைய பிரிமியங்கள் எனது / எங்கள் வருமானத்திற்கு விகிதாசாரமாக இல்லை என்றும் நான் / நாங்கள் இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறோம். இந்தியாவில் பண மோசடி தடுப்புச் சட்டத்தை நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ நிர்வகிக்கும் எந்தவொரு சட்டங்களின் கீழும், எந்தவொரு தகுதி வாய்ந்த நிதிமன்றத்தால் நான் / நாங்கள் குற்றவாளி எனக் கண்டறியப்பட்டால், நிதி ஆதாரங்களை நிறுவ ஆவணங்களைக் கோருவதற்கும் காப்பீட்டு பாலிசியை ரத்து செய்வதற்கும் நிறுவனத்திற்கு உரிமை உண்டு என்பதை நான் / நாங்கள் புரிந்துகொள்கிறோம்.

தேதி:

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_

நீங்களோ முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்களில் யாரேனும் PEP -களை  ஆம்  இல்லை

ஆம் எனில், "அரசியல் ரீதியாக வெளிப்படும் நபர்கள்" (PEPs) பற்றிய விவரங்களைப் பகிர்வும்:

"PEP -கள்" என்பவர்கள், மாநிலத் தலைவர்கள் அல்லது அரசாங்கத் தலைவர்கள், மூத்த அரசியல்வாதிகள், மூத்த அரசு அல்லது நிதித்துறை அல்லது இராணுவ அதிகாரிகள், அரசுக்குச் சொந்தமான நிறுவனங்களின் மூத்த நிர்வாகிகள் மற்றும் முக்கியமான அரசியல் கட்சி அதிகாரிகள் உட்பட, ஒரு வெளிநாட்டினால் முக்கிய பொதுப் பணிகளில் ஓய்வூதியக்கப்பட்ட நபர்கள்.

## 2. கூடுதல் தகவல்:

நாட்டினம்: இந்தியர்  இந்தியரல்லாதவர்  இந்தியரல்லாதவர் என்றால், நாட்டைக் குறிப்பிடவும்: -----

3. அமைப்பின் வகை: (முன்மொழிபவர் ஒரு நிறுவனமாக இருந்தால் பொருந்தும். முன்மொழிபவர் தனிநபர், தனி உரிமையாளர் அல்லது HUF ஆக இருந்தால், தயவுசெய்து விருப்பம் x -ஐத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

(i) நிறுவனங்கள் (ii) நம்பிக்கை (iii) அரசாங்கம் (iv) கூட்டாண்மை / LLP (v) அரசு சாரா நிறுவனங்கள்  
(vi) கூட்டுறவு நிறுவனங்கள் (vii) சமூகம் (viii) பிரைவேட் லிமிடெட் நிறுவனம் (ix) பப்ளிக் லிமிடெட் நிறுவனம் (x) மற்றவை, தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்-----

## 4. பிரிமியம் செலுத்துவதற்கான நிதி ஆதாரம்: :

வணிகம்:----- மற்றவை (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்)-----  
சம்பளம்:-----

## 7. இயலாமை உறுதிமொழி

இந்த உறுதிமொழியை வழங்க முன்மொழிபவரால் எனக்கு முறையாக அங்கீகாரம் வழங்கப்பட்டுள்ளது என்றும், முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் மாக்மா ஜீஐஎல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்திடமிருந்து மருத்துவ காப்பீட்டைப் பெறுவதற்குத் தொடர்புடைய அனைத்து ஆவணங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு முழுமையாக விளக்கியுள்ளேன் என்றும் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இதை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன், மேலும் முன்மொழிபவர் வழங்கிய தகவலின்படி பதில்கள் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளன. முன்மொழிபவருக்குப் பதில்கள் விளக்கப்பட்டது, அதை அவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டு உறுதிப்படுத்தினார்.

பெயர் \_\_\_\_\_

கையொப்பம் \_\_\_\_\_ தேதி: \_\_\_\_\_

## 11. பொது தகவல்கள்

### 1. எச்சரிக்கை

உங்களுக்கும் காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட ஒவ்வொரு நபருக்கும் உள்ள ஆபத்து குறித்த அனைத்து உண்மைகளையும் முழுமையாகவும் வெளிப்படையாகவும் வெளிப்படுத்த நீங்கள் கடமைப்பட்டுள்ளீர்கள், அது பாலிசியை வெளியிடுவதற்கான எங்கள் முடிவையோ அல்லது அது வழங்கப்பட்ட விதிமுறைகளையோ பாதிக்கும் நீங்கள் எங்களுக்கு எந்த தகவலையும் தவறாகப் பிரதிநிதித்துவப்படுத்தக்கூடாது. இந்தக் கட்டப்பாடு பாலிசி வழங்கப்படும் வரை தொடரும், மேலும் இந்த முன்மொழிவுப் படிவத்தைச் சமர்ப்பிப்பதோடு அது முடிவடையாது. எனவே, இங்குக் கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவல்களில் ஏதேனும் மாற்றம் ஏற்பட்டாலோ அல்லது பாலிசி வழங்கப்படுவதற்கு முன்பு புதிய தகவல்கள் தெரியவந்தாலோ, நீங்கள் தாமதமின்றி எழுத்துப்பூர்வமாக எங்களுக்குத் தெரிவிக்க வேண்டும். கோரப்பட்ட அல்லது கோரப்படாத கூடுதல் தகவல்களை வழங்க போதுமான இடம் இல்லை என்றால், கூடுதல் தகவலை இணைத்து, அதில் கையொப்பமிடவும். வெளிப்படுத்தல் கட்டப்பாடுகள் மீறப்பட்டால், அத்தகைய மீறல் வழங்கப்பட்ட எந்தவொரு பாலிசியையும் செல்லாததாகக்கூடும்.

### காப்பீட்டுச் சட்டம் (திருத்தம்) சட்டம், 2015 -இன் பிரிவு 41 -இன் கீழ் தள்ளுபடிகளைத் தடை செய்தல்

1. இந்தியாவில் ஆயுள்கள் அல்லது சொத்துக்கள் தொடர்பான எந்தவொரு ஆபத்துக்கும் காப்பீட்டை எடுக்க, புதுப்பிக்க, தொடர், செலுத்த வேண்டிய கமிஷனின் முழு தொகை அல்லது பகுதி தொகைக்கு எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரிமியத் தொகைக்கு எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் அல்லது பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும், எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ, மறைமுகமாகவோ, துண்டுதலாக எந்தவொரு நபரும் அனுமதிக்கக்கூடாது. அல்லது மற்றவர்கள் அவ்வாறு செய்ய அனுமதிக்கக்கூடாது. அவ்வாறு வழங்கப்படும் தள்ளுபடி வெளியிடப்பட்ட ப்ராஸ்பெக்டஸ் அல்லது காப்பீட்டாளரின் அட்டவணைகளின்படி அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியாக மட்டுமே இருக்க வேண்டும்.
2. மேலே உள்ள துணை ஒழுங்குமுறை (1)-ஐ எந்த ஒரு நபரும் பின்பற்றத் தவறினால், அவர் பத்து லட்சம் ரூபாய் வரை அபராதம் செலுத்த வேண்டியிருக்கும்

## ஒப்புக்க

முன்மொழிவு எண்: \_\_\_\_\_

தேதி:

உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை ரொக்கம்/காசோலை/NEFT/டிமாண்ட் டிராஃப்ட்/மற்றவை மூலம் பெற்றதற்கு நன்றியுடன் ஒப்புக்கொள்கிறோம். \_\_\_\_\_  
ஒரு தொகை \_\_\_\_\_ தேதியிட்டது \_\_\_\_\_ வரையப்பட்டது \_\_\_\_\_ . பூர்த்தி செய்யப்பட்ட காப்பீட்டு முன்மொழிவை எங்களிடம் சமர்ப்பிப்பதோ அல்லது கோரப்பட்ட எந்தவொரு பாலிசிக்கும் பணம் செலுத்துவதோ ஒரு பாலிசியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள எங்களை கட்டாயப்படுத்துவதில்லை, அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் சொந்த மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டுக்கான முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது. மேலும் பிரிமியம் எங்களுக்கு முழுமையாகவும் சரியான நேரத்திலும் கிடைக்காவிட்டால் அல்லது அது வதலிக்கப்பாவிட்டால் நாங்கள் எந்தப் பொறுப்பையும் ஏற்க மாட்டோம்.

பெறுநரின் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை \_\_\_\_\_

மாக்மா ஜீஐஎல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் (இதற்கு முன் மாக்மா HDI ஜீஐஎல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்) | www.magmainurance.com | மின்னஞ்சல் முகவரி: customercare@magmainurance.com | கட்டணமில்லா தொலைபேசி எண்: 1800 266 3202 | பதிவு அலுவலகம்: ஈக்வினாக்கஸ் வணிக பூங்கா, டவர் 3, அம்பேத்கர் நகர், 2வது தளம், அலகு எண்: 1B & 2B, LBS மார்க், குர்வா (மெற்கு), மும்பை - 400070, மகாராஷ்டிரா, இந்தியா. CIN: U68000MH2009PLC460693 | IRDAI பதிவு எண்: 149 | ஆரோக்கிய சஞ்சீவனி பாலிசி, மாக்மா ஜீஐஎல் | தயாரிப்பு UIN: MAGHLIP20172V011920 | மேலே காட்டப்பட்டுள்ள வர்த்தக லோகோ மாக்மா வென்ச்சர்ஸ் பிரைவேட் லிமிடெட் நிறுவனத்திற்குச் சொந்தமானது மற்றும் அந்நிறுவனத்தின் உரிமத்தின் கீழ் மாக்மா ஜீஐஎல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்தால் பயன்படுத்தப்படுகிறது. | எங்கள் வலைத்தளத்தில் MIRA உடன் அரட்டையடிக்கவும் அல்லது WhatsApp எண்: 7208976789-இல் "ஹாய்" என்று சொல்லவும். (PF.AS.15.12.25)