

டபுள் சுரகூலா முன்மொழிவு படிவம்

முன்மொழிவு எண் _____

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

படிவத்தைப் பூர்த்திச் செய்வதற்கான வழிகாட்டுதல்கள் (முன்மொழிபவர் பூர்த்திச் செய்ய வேண்டும்)

அனைத்து கேள்விகளுக்கும் முழுமையாகவும் சரியாகவும் பதிலளிக்கவும். நாங்கள் வெளியிடக்கூடிய எந்தவொரு காப்பீட்டுக் கொள்கைக்கும் இந்த முன்மொழிவு அடிப்படையாக இருக்கும். காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட அனைத்து நபர்களுக்கும் தொடர்புடைய அனைத்து உண்மைகளையும், அதாவது ஒரு பாலிசியை வழங்குவதற்கான நமது முடிவை அல்லது விலை, விதிமுறைகள், நிபந்தனைகள் மற்றும் விலக்குகளைப் பாதிக்கக்கூடியவற்றை நீங்கள் வெளியிட்டுத் தர வேண்டும். முன்மொழிவு படிவத்தின்படி அறிக்கை, அறிவிப்பு மற்றும் இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்கள் அல்லது முன்மொழிபவர் அல்லது அவர் சார்பாகச் செயல்படும் எவராலும் மறைக்கப்பட்ட எந்தவொரு முக்கிய தகவலிலும் ஏதேனும் உண்மையற்ற அல்லது தவறான அறிக்கை, தவறான பிரதிநிதித்துவம், விளக்கம் இல்லாமல் இருந்தால் அல்லது வெளிப்படுத்தப்படாமல் இருந்தால், எங்கள் சொந்த விருப்பப்படி பாலிசி செல்லுபடியாகாது.

கோரப்பட்ட அல்லது கோரப்படாத தகவலை வழங்க போதுமான இடம் இல்லை என்றால், ஒரு தனித் தாளான 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 பூர்த்திச் செய்யவும்.

முன்மொழிபவரின் பெயர்- (திரு,செல்வி/திருமதி/மற்றவர்கள்)			
(முதல் பெயர்)	நடுப் பெயர்	(கடைசிப் பெயர்)	
<input type="checkbox"/> திருமணமாகாதவர்	<input type="checkbox"/> திருமணமானவர்		
<input type="checkbox"/> ஆண்	<input type="checkbox"/> பெண்	<input type="checkbox"/> இவை எதுமில்லை	
நாட்டினம்*	பிறந்த நாள்*	D D M M Y Y Y Y	
பணி	<input type="checkbox"/> சம்பளம் பெறும் ஊழியர்	<input type="checkbox"/> சுய வேலை	<input type="checkbox"/> தொழில்முறை
ஆண்டு வருமானம் (in ₹)	<input type="checkbox"/> < 3,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000 – 10,00,000	<input type="checkbox"/> 10,00,001 – 25,00,000
தகவல் தொடர்பு முகவரி*	<input type="checkbox"/> மற்றவை (குறிப்பிடவும்).....		
<input type="checkbox"/> >25,00,000			
அடையாளக்குறி			
நகரம்:	மாநிலம்:	அஞ்சல் குறியீடு:	கிராமப் பஞ்சாயத்து பெயர்:
தொலைபேசி எண். எஸ்.டி.டி. குறியீடு	லேண்ட்லைன் எண்.	மொபைல் எண்*	மின்னஞ்சல் ஐடி.
நிரந்தர முகவரி			

தொலைபேசி எண். எஸ்.டி.டி. குறியீடு _____ மொபைல் எண்* _____

நீங்கள் மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவன ஊழியரா? ஆம் இல்லை

மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்தில் வேறு ஏதேனும் பாலிசி உள்ளதா: ஆம் எனில், பணியாளர் ID: _____

குடியிருப்பு நிலை குடியரிமை தனிநபர் வெளிநாடு வாழ் இந்தியர் வெளிநாட்டு நாட்டவர் இந்திய வம்சாவளியைச் சேர்ந்தவர்

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

உடல் குறைபாடு வகை _____ உடல் குறைபாட்டுச் சதவீதம் _____

PAN எண் _____ பாஸ்போர்ட் எண் _____ வாக்காளர் அட்டை எண் _____

ஓட்டுநர் உரிமம் எண் _____ ஆதார அட்டை எண் _____ CKYC எண் _____

KYC செயல்முறைக்கு அடையாள (ID) மற்றும் முகவரிச் சான்றாண்மைப் பகிரவும். PAN வழங்கப்பட்டால், பாஸ்போர்ட் / வாக்காளர் அட்டை / ஓட்டுநர் உரிமம் / ஆதார எண் அல்லது வேறு ஏதேனும் அதிகாரப்பூர்வமாகச் செல்லுபடியாகும் ஆவணத்தைப் பகிரவும். வெளிநாட்டுக் குடியரிமை 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.

பொருந்தக்கூடிய KYC சரிபார்ப்பை மேற்கொள்வதற்காக, எனது/எங்கள் அடையாள/முகவரிச் சான்று மற்றும் காப்பீடு செய்யப்பட்டவரின் அடையாள/முகவரிச் சான்று ஆகியவற்றை மத்திய KYC பதிவேடு அல்லது PDAI மூலமாகவோ அல்லது வேறு ஏதேனும் அனுமதிக்கப்பட்ட முறைகள் மூலமாகவோ பெறுவதற்கு, நான்/நாங்கள் இதன் மூலம் எனது/எங்கள் ஒப்புதலை நிறுவனத்திற்கு வழங்குகிறோம். ஆம் இல்லை

3. திட்ட விவரங்கள்*

பாலிசி வகை	<input type="checkbox"/> தனிநபர் <input type="checkbox"/> குடும்ப ஃபிலோட்டர்	பாலிசி காலம்	<input type="checkbox"/> 1 வருடம் <input type="checkbox"/> 2 வருடங்க <input type="checkbox"/> 3 வருடங்கள்
குடும்ப ஃபிலோட்டர்* என்றால், காப்பீடு செய்யப்படும் நபர்களின் எண்ணிக்கை:	பிரிமியம் செலுத்தும்	<input type="checkbox"/> ஒற்றை பிரிமியம் <input type="checkbox"/> காலாண்டு தவணை	<input type="checkbox"/> மாதாந்திர தவணை <input type="checkbox"/> அரையாண்டு தவணை
பெரியவர்கள் _____ குழந்தைகள்: _____ (* - அதிகபட்சம் 4 பெரியவர்கள் மற்றும் 3 குழந்தைகள்)	கால இடைவெளி		
நாள் ஒன்றிற்கான காப்பீட்டுத் தொகை	நாள் ஒன்றிற்கு 1,000 / 2,000 / 3,000 / 5,000 / 7,000 / 10,000		
காப்புப் பெருந்தக்கூடிய தன்மை	30 நாட்கள் / 60 நாட்கள் / 90 நாட்கள் / 120 நாட்கள் / 180 நாட்கள்		

விருப்பத்தேர்வு காப்பு பெயர்	தேர்வு செய்யப்பட்டது / தேர்வு செய்யப்படவில்லை
உடல்நிலை தேறி வருவதற்கான பலன்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
பகல் நேரப் பராமரிப்பு சிகிச்சை பணம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
மருத்துவமனை பிரசவ செலவு பணம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
உலகெங்கும் மருத்துவமனை செலவு பணம்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
துணை பலன்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு முன் மற்றும் பின் செலவுகள்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
கழிக்கக்கூடிய நோய் மருத்துவமனை செலவு பணம் அதிகரிப்பு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
கழிக்கக்கூடிய நோய் மருத்துவமனை செலவு பணம் அதிகரிப்பு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
ICU பலன் அதிகபட்ச நாட்கள் அதிகரிப்பு	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
உடல்நல பராமரிப்பு பலன்	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
ஏற்கனவே இருக்கும் நோய்க்கான காத்திருப்பு காலத்தைக் குறைப்பது	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
குறிப்பிட்ட நோய்க்கான காத்திருப்பு காலத்தைக் குறைப்பது	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் (இதற்கு முன் மாக்கா HDI ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்) | www.magmainsurance.com | E-mail: customercare@magmainsurance.com | கட்டணமில்லா தொலைபேசி எண்: 1800 266 3202 | பதிவு அலுவலகம்: Fக்வினாக்ஸ் வணிக பூங்கா, டவர் 3, அம்பேத்கர் நகர், 2வது தளம், அலகு எண். 1B & 2B, LBS மார்க், குர்லா (மேற்கு), மும்பை - 400070, மகாராஷ்டிரா, இந்தியா. CIN: U66000MH2009PLC460693 | IRDAI பதிவு எண் 149 | டபுள் சுரகூலா | தயாரிப்பு UIN: MAGHLIP25035V012425 | மேலே காட்டப்பட்டுள்ள வர்த்தக லோகோ மாக்கா வென்ச்சர்ஸ் பிரைவேட் லிமிடெட் நிறுவனத்திற்குச் சொந்தமானது மற்றும் அந்நிறுவனத்தின் உரிமத்தின் கீழ் மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்தால் பயன்படுத்தப்படுகிறது. | எங்கள் வலைத்தளத்தில் MIRA உடனடி அரட்டையடிக்கவும் அல்லது WhatsApp எண்: 7208976789 - இல் "ஹாய்" என்று சொல்லவும். (PF.DS.15.12.25)

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 பெறுபவர் / சுயதொழில் செய்பவர் / தொழில்முறையாளர் / மற்றவர்கள்)							
ஆயுஷ்மானின் பாரத் சுகாதாரக் கணக்கு (ABHA/ABHA உடன் இணைக்கப்பட்ட எனது / எங்கள் மருத்துவப் பதிவுகளைச் சரிபார்த்துப் பெறுவதற்கு நிறுவனத்திற்கு எனது / எங்கள் ஒப்புதலை இதன் மூலம் நான் / நாங்கள் வழங்குகிறோம்.	<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
ஆம் எனில், ABHA எண்ணைக் குறிப்பிடவும். இல்லை எனில், உங்கள் ABHA எண்ணை உருவாக்கவும் https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index							
நீங்கள் எப்போதிலிருந்து தொடர்ந்து இடைவிடாமல் காப்பீடு செய்யப்படுகிறீர்கள்?:	<input type="text"/>						
மேலே குறிப்பிடப்பட்ட தேதியை உறுதிப்படுத்துவதுடன் தொடர்புடைய பாலிசி நகல்களை வழங்கவும்.							
கருணைப் பலன் காப்பீட்டுத் தொகை பின்வருவனவற்றில் ஒன்றைத் தேர்வு செய்ய வேண்டும் 10L / 20L மற்றும் 25L#							

விருப்பத்தேர்வு பலன் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால், காப்பீடு செய்யப்பட்டவர்கள் அனைவருக்கும் ஒரே காப்பீட்டுத் தொகை இருக்கும்.

5. நியமனம்

காப்பீடு செய்யப்பட்ட அனைத்து உறுப்பினர்களுக்கும் பாலிசி உரிமையாளர் நியமனதாரர் ஆவார். கீழே உள்ளவை பாலிசி உரிமையாளருக்கு நியமனம் செய்யப்பட்டவருக்கான விவரங்கள்.

நியமிக்கப்பட்டவரின் பெயர்	முதல்	நடு	கடைசி
முன்மொழிபவருடனான உறவு		பிறந்த நாள்	<input type="text"/>
நியமிக்கப்பட்டவரின் தொலைபேசி எண்		நியமன சதவிகிதம்	

நியமிக்கப்பட்டவர் மைனர் என்றால், காப்பாளரின் பெயர் மற்றும் முகவரி மற்றும் மைனருடனான அவரது உறவு:

காப்பாளரின் பெயர்	மைனருடனான அவரது உறவு	நியமிக்கப்பட்டவரின் தொலைபேசி எண்

நியமிக்கப்பட்டவரின் வாங்கி விவரங்கள்

a) கணக்கு வைத்திருப்பவரின்(களின்) பெயர் (வாங்கி பதிவுகளில் உள்ளபடி)	<input type="text"/>
b) வாங்கி பெயர்	<input type="text"/>
c) வாங்கிக் கிளை பெயர்	<input type="text"/>
d) முகவரி	<input type="text"/>
e) கிளை இருக்கும் நகரம்	<input type="text"/>
f) கணக்கு வகை	<input type="text"/>
g) கணக்கு எண்	<input type="text"/>
h) IFSC குறியீடு	<input type="text"/>
i) 9 இலக்க MICR குறியீடு	<input type="text"/>

ஒன்றுக்கு மேற்பட்டவர்கள் நியமனம் செய்யப்பட்டிருந்தால், கூடுதலாக நியமனம் செய்யப்பட்டவர்களின் விவரங்களையும், நியமன சதவீதங்களையும் குறிப்பிடும் ஒரு தாளிணைக்கவும்.

6. தற்போதுள்ள / முந்தைய காப்பீட்டு விவரங்கள்

முன்மொழிபவர் அல்லது முன்மொழியப்பட்ட நபர்கள், ஏற்கனவே மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் அல்லது வேறு ஏதேனும் காப்பீட்டு நிறுவனத்தில் சுகாதார காப்பீட்டு பாலிசியின் கீழ் காப்பீடு செய்யப்பட்டிருக்கிறார்களா அல்லது முன்மொழியப்பட்டிருக்கிறார்களா? ஆம் இல்லை

ஆம் எனில், கீழே பாலிசி / விண்ணப்ப எண்(களை) குறிப்பிடவும் (முன்மொழிவு நிலுவையிலிருந்தால் விண்ணப்ப எண்ணைக் குறிப்பிடவும்.)

நீங்கள் எப்போதிலிருந்து தொடர்ந்து காப்பீடு செய்யப்படுகிறீர்கள்?:

காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபரின் பெயர் (முதல், நடு, கடைசி)	காப்பீட்டாளர் பெயர்	பாலிசி எண் / விண்ணப்ப எண்	காப்பீடு காலம்		காப்பீட்டுத் தொகை (₹)	கிளை விவரங்கள், ஏதேனும் இருந்தால்
			முதல்	வரை		
			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		

உங்களுடைய தற்போதைய காப்பீட்டு பாலிசியிலிருந்து மாற்றப் பலனைப் பெற விரும்பினால், மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவல்களுடன் கூடுதலாக, தற்போதைய பாலிசி தொடர்பான அனைத்து பாலிசி ஆவணங்களையும் (இந்த முன்மொழிவு படிவத்தின் இணைப்பாக) சமர்ப்பிக்கவும்.

7. மருத்துவம் மற்றும் வாழ்க்கை முறை தகவல்*

பிரிவு A: காப்பீடு வழங்க முன் முன்மொழியப்பட்ட ஏதேனும் ஒரு நபர் எந்தவாறும் சந்தர்ப்பத்திலும் பின்வரும் உடல் நலக் குறைவால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறாரா அல்லது தற்போது பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறாரா: காப்பீடு வழங்கப்படும் நபருக்குப் பொருந்தும் இடங்களிலெல்லாம் "ஆம்" என்று குறிப்பிட்டு அதன் விவரங்களைப் பிரிவு B இல் வழங்கவும்.	ஆம் / இல்லை	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
1. உயர் இரத்த அழுத்த வரலாறு								
a) கால அளவு								
b) மருந்து								
c) மருந்து அளவு								
2. சர்க்கரை நோய் வரலாறு								
a) வகை 1 அல்லது வகை 2								
b) கால அளவு								
c) மருந்து								
d) மருந்து அளவு								

	ஆம் / இல்லை	காப்பீடு செய்யப்பட்ட நபரின் எண்
3. இதயம் மற்றும் இரத்த ஓட்டப் பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: மார்பு வலி, கடும் இதயவலி, மிகை கொழுப்பு / லிப்பிடுகள், படபடப்பு, இதய செயலிழப்பு, இதய இரத்தத் தமனி நோய், மாடைப்பு, பைபாஸ் அறுவை சிகிச்சை / ஆஞ்சியோபிளாஸ்டிக், வால்வு கோளாறு / மாற்று, பேஸ் மேக்கர் உட்சொருகல், வாத காய்ச்சல், பிறவி இதய பாதிப்பு, சுருள் சிணர் நாளங்கள், இரத்த உறைவு, இரத்தக் கோளாறுகள் போன்றவை?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
4. சிறுநீர் பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: சிறுநீரில் இரத்தம் கலந்து வெளியேறுதல், அடிக்கடி சிறுநீர் கழித்தல், சிறுநீர் கழிக்கும்போது வலி / சிரமம், சிறுநீரகம் மற்றும் / அல்லது சிறுநீர்ப்பை நோய்த்தொற்று, சிறுநீர் மண்டலத்தில் கற்கள், சிறுநீரக செயலிழப்பு, டயாலிசிஸ் அல்லது வேறு ஏதேனும் சிறுநீரகம் / சிறுநீர் பாதை அல்லது புரோஸ்டேட் நோய்	Y N	1 2 3 4 5 6 7
5. தசை - எலும்பு பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: மூட்டு / முதுகு வலி மூட்டுவலி, தண்டுவட வீக்கம், மூட்டு மாற்று அறுவைசிகிச்சை அல்லது தசை / எலும்பு / மூட்டு / தசைநார், தசை நாண்கள் அல்லது தண்டு வட்டுகளில் ஏற்படும் வேறு ஏதேனும் கோளாறு, கீல்வாதம், தண்டு வட்டு விலகல், உறுப்பு நீக்கம் / செயற்கை உறுப்பு	Y N	1 2 3 4 5 6 7
6. சுவாச பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: மூச்சுத் திணறல் / சுவாசிக்கச் சிரமம், காசநோய், ஆஸ்துமா, மூச்சுக் குழாய் அழற்சி, நாள்பட்ட நுரையீரல் அடைப்பு நோய் COPD, நாள்பட்ட இருமல், இருமும்போது இரத்தம் வருதல், முதலியன அல்லது வேறு ஏதேனும் நுரையீரல் / சுவாச நோய்	Y N	1 2 3 4 5 6 7
7. செரிமான பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: மஞ்சள் காமாலை, நாள்பட்ட வயிற்றுப்போக்கு, குடலில் இரத்தக் கசிவு / பிரச்சனைகள் / பாலிப்பே, கணையம், கல்லீரல் அல்லது பித்தப்பை நோய்கள், ஹைபைடீடீஸ் ஏ / பி / சி / மற்றவை, மஞ்சள் காமாலை, கல்லீரலரிப்பு, விவரிக்கப்படாத எடை இழப்பு, சாப்பிடுவதற்குச் சிரமம் அல்லது வேறு ஏதேனும் இரைப்பை குடல் பாதிப்புகள்	Y N	1 2 3 4 5 6 7
8. புற்றுநோய்க்கட்டி - தீங்கற்ற அல்லது புற்றுக் கட்டி, ஏதேனும் வளர்ச்சி / நீர்க்கட்டி, ஏதேனும் புற்றுநோய்	Y N	1 2 3 4 5 6 7
9. மூளை / நரம்பு மண்டலம் / மனநல பாதிப்புகள் / கோளாறுகள்: சுயநினைவு இழப்பு, மயக்கம், தலைச்சுற்றல், உணர்வின்மை / கூச்ச உணர்வு, பலவீனம், பக்கவாதம், தலையில் காயம், பக்கவாதம், ஒற்றைத் தலைவலி அல்லது நாள்பட்ட கடுமையான தலைவலி, தூங்கும்போது மூச்சுத்திணறல், மல்டிபிள் ஸ்க்ளெரோசிஸ், வலிப்பு / கால்-கை இழப்பு அல்லது வேறு ஏதேனும் மூளை / நரம்பு மண்டல நோய், மனநல கோளாறு	Y N	1 2 3 4 5 6 7
10. பெண் இனப்பெருக்க பாதிப்புகள் / குறைபாடுகள்: இடுப்பு வலி, அசாதாரணமான மாதவிடாய் இரத்தபோக்கு, PAP ஸ்மியர், சுருப்பை உள்வரி அழற்சி, சுருப்பைச் சதைக்கட்டி, நீர்க்கட்டி / நார்த்திக்கட்டி, இரத்தபோக்கு கோளாறு, இடுப்பு நோய்த்தொற்று அல்லது வேறு ஏதேனும் மகளிர் மருத்துவ பாதிப்புகள் / மாற்பக நீர்க்கட்டிகள் / கட்டிகள் / புற்றுக் கட்டி	Y N	1 2 3 4 5 6 7
11. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட எந்தவொரு பெண்ணும் கர்ப்பமாக இருக்கிறாரா, விட்டில் கர்ப்ப பரிசோதனை செய்து பார்த்தபோது பாசிட்டிவ் என்று வந்ததா, அல்லது தத்தெடுக்கும் செயலில் ஈடுபட்டிருக்கிறாரா அல்லது வாடகைத் தாயாகச் செயல்பட முடிவு செய்திருக்கிறாரா?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
12. வார்ப்பினை மாற்றும் மற்றும் நாளமில்லா சுரப்பி பாதிப்புகள் / குறைபாடுகள்: அட்ரீனல் / பிட்யூட்டரி கோளாறுகள், லூபஸ், ஸ்க்லெரோடெர்மா, தைராய்டு கோளாறுகள், ஏதேனும் தன்னுடல் தாக்கம் / மரபணுக் கோளாறுகள்	Y N	1 2 3 4 5 6 7
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?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
14. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர் புகையிலை பொருட்கள் / சிகரெட்டுகளைப் பயன்படுத்துகிறாரா அல்லது அவருக்கு மதுபானம் அருந்தும் பழக்கம் இருக்கிறதா?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
15. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர்களில் யாராவது கருவுறாமை தொடர்பான ஏதேனும் நோயால் பாதிக்கப்படுகிறாரா?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
16. காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட எந்தவொரு நபருக்கும் வேறு ஏதேனும் பாதிப்பு அல்லது அறிஞர் / மனநல பாதிப்புகள் / மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டு சிகிச்சை பெறுகிறாரா / நோய்க்குச் சிகிச்சை பெறுகிறாரா / அவருக்கு அறுவை சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்படுகிறதா / தற்போது ஏதேனும் பாதிப்பு அல்லது மருத்துவ நடைமுறைகளுக்கு (நோயறிதல் சோதனை உட்பட) மருந்துகள் / எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறாரா, ஏதேனும் மருத்துவர் அல்லது பிற சுகாதார வழங்குநரிடம் ஆலோசனை பெற்றிருக்கிறீர்களா அல்லது சிகிச்சை பெற்றிருக்கிறீர்களா?	Y N	1 2 3 4 5 6 7
17. உங்களுக்கு அல்லது காப்பீடு செய்ய முன்மொழியப்பட்ட நபர்களில் யாருக்காவது இந்த காப்பீட்டை முன்மொழிவதற்கு முன்பு பின்வரும் ஏதேனும் கடுமையான நோய்கள் இருப்பதாகக் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறதா அல்லது அறுவைசிகிச்சை மேற்கொள்ளப்பட்டதா - புற்றுநோய், மாடைப்பு, இதய இரத்தத் தமனி, பைபாஸ் கிராஃப்ட், இதய வால்வு மாற்று / பழுது பார்ப்பு, கோடா, சிறுநீரக செயலிழப்பு, பக்கவாதம், ஏதேனும் உறுப்பு மாற்று அறுவை சிகிச்சை, பக்கவாதம், மல்டிபிள் ஸ்க்ளெரோசிஸ், மோட்டார் நியூரான் நோய் அல்லது எஃ.ஐ.வி / எய்ட்ஸ்.	Y N	1 2 3 4 5 6 7

பிரிவு B: (மேலே உள்ள பிரிவு A இல் ஆம் எனப் பதிலளிக்கப்பட்ட கேள்விகளுக்கு) நோய் / மருந்து / மருத்துவ பரிசோதனை / அறுவை சிகிச்சை / டையோப்டர் தரத்தின் பெயர் மற்றும் விவரங்கள்	என பெற்ற தேதி	மருத்துவரின் பெயர்	மற்றும் தொலைபேசி எண்	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 காப்பீட்டு காலம் தொடங்கும்.
- விடுதல்கள்: உள்ளடங்குபவை மற்றும் இதர பாலிசி தகவல்கள் பட்டியல் குறிப்பிட்ட சட்டிக் காட்டும் வகையில் இருக்கும், ஒரு நிறைவான முழுமையான தகவல்கள் அடங்கிய பட்டியலைக் காண பாலிசி வாசகங்களைக் கவனமாகப் பார்க்கவும்.

பிரிவு D: குடும்ப மருத்துவர் விவரங்கள்:

பெயர்: _____ தொலைபேசி எண்: _____

8. கட்டண விவரங்கள்

- கட்டண விவரங்கள்: மொத்த பிரிமியம் தொகையை (₹) டிக் செய்யவும் (✓) _____ ரொக்கம் காசோலை / NEFT/DD கட்டண முறை டிஜிட்டல் பேமெண்ட்
காசோலை/NEFT/DD எண் _____ காசோலை/NEFT/DD தேதி வங்கி _____
- நேரடி வங்கி பிரிமாற்றம் மூலம் கிளைம் / பணத்தைத் திரும்பப் பெற, பின்வரும் விவரங்களை வழங்கவும்: (ரத்து செய்யப்பட்ட காசோலையை முன்மொழிவு படிவத்துடன் இணைக்கவும்)
கணக்கு வைத்திருப்பவரின் பெயர் _____
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.

எலெக்ட்ரானிக் கிளியரிங் சேவை (டெபிட் கிளியரிங்) கட்டளை ஆணை படிவம்
முன்மொழிவு எண் _____ பாலிசி: _____
பெறுநர்,

மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட், ஈக்வினாக்ஸ் வணிக பூங்கா, டவர் 3, அம்பேத்கர் நகர், 2வது தளம், அலகு எண். 1B & 2B, LBS மார்க், குர்லா (மேற்கு), மும்பை - 400070
பார்வை: ஏலெக்ட்ரானிக் கிளியரிங் சேவை மூலம் <Bank Name> -க்கு நிதி / பணம் அனுப்ப வாடிக்கையாளரின் அங்கீகாரம்
வாடிக்கையாளர் விவரங்கள்:

a) கணக்கு வைத்திருப்பவரின்(களின்) பெயர் (வங்கி பதிவுகளில் உள்ளபடி)		
b) வங்கி பெயர்	c) வங்கிக் கிளை பெயர்	
d) முகவரி	e) கிளை இருக்கும் நகரம்	
f) கணக்கு வகை	g) கணக்கு எண்	
h) லெட்ஜர் எண்/லெட்ஜர் :போலியோ எண்	i) 9 இலக்க MICR குறியீடு	

உறுதிமொழி:

எலெக்ட்ரானிக் கிளியரிங் வசதியைப் பெற விரும்புகிறேன். மேலும் எலெக்ட்ரானிக் கிளியரிங் முறையையில் (ECS) பங்கேற்பதன் மூலம் முன்மொழிவு படிவம் எண் _____ க்கு எனது மருத்துவ காப்பீட்டு பாலிசிகளை பிரிமியத்தை டெபிட் செய்ய எனது நிபந்தனையற்ற ஒப்புதலை இதன் மூலம் தெரிவிக்கிறேன். பாலிசியின் கீழ் காப்பீடு செய்யப்பட்ட மூத்த உறுப்பினரின் வயது வரம்பில் ஏற்படும் மாற்றம், பிரிமியம் விகிதங்களில் காப்பீட்டு நிறுவனம் மேற்கொள்ளும் பொருந்தக்கூடிய மாற்றம், அவ்வப்போது பொருந்தக்கூடிய வரிகள் மற்றும் பிற சட்ட வரிகள் காரணமாக எனது கணக்கிலிருந்து பற்று வைக்கப்படும் பிரிமியத் தொகை மாறுபடலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டு ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

பாலிசியை புதுப்பிக்கும் சந்தர்ப்பத்தில் வயது மாற்றத்தின் அடிப்படையில் பொருந்தக்கூடிய தோராயமான பிரிமியத் தொகை அளவுகள் குறித்த விவரங்களுக்கு விற்பனை சிறுநேட்டைப் பார்க்கவும்.)

இதில் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை மற்றும் முழுமையானவை என்று இதன் மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இந்த படிவத்தில் என்னால் தேர்வு செய்யப்பட்ட தவணைத் தேதியில் (அத்தகைய நான் ஒரு வேலை இருக்கும்பட்சத்தில்) பரிவர்த்தனை செயல்படுத்தப்படும். இந்த பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட வேண்டிய பிரிமியத்தொகைக்கு உட்பட்டு இருக்கும் என்பதைப் புரிந்துகொண்டு என் ஒப்புதலை வழங்குகிறேன். முழுமையற்ற அல்லது தவறான தகவல்கள் வழங்கப்பட்டதன் காரணமாக பரிவர்த்தனை காலதாமதம் அல்லது முழுமையாகச் செயலற்ற நிலை போன்ற சந்தர்ப்பங்களில் அதற்கு பயனர் நிறுவனத்தை நான் / நாங்கள் பொறுப்பாக்க மாட்டோம். நான் / நாங்கள் பயனர் நிறுவனத்தினால் / அதன் மூலம் இந்த ECS டெபிட் சேவையைப் பயன்படுத்திக் கொள்ள அது தொடர்பான அனைத்து விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளையும் நான் / நாங்கள் வாசித்துவிட்டோம் மற்றும் இந்தத் திட்டத்தின் கீழ் ஒரு பங்கேற்பாளராக என்னிடம் / எங்களிடம் எதிர்பார்க்கப்படும் கடப்பாடுகளை நிறைவேற்ற ஒப்புக்கொள்கிறோம். இந்த ECS டெபிட் ஆணை படிவத்தை எடுத்துச் செல்லும் மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவன பிரதிநிதி, எனது / எங்கள் வங்கியால் சரிபார்க்கப்பட்டுச் செய்யப்படுவதற்கு நான் / நாங்கள் இதன்மூலம் அங்கீகரிக்கிறோம்.

இடம்: _____ தேதி: விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

பாலிசியின் காகித நகலை பெற விரும்புகிறீர்களா? ஆம் இல்லை

9. முன்மொழிபவரின் எலெக்ட்ரானிக் காப்பீட்டு விவரங்கள்

இந்த பாலிசியை eA இல் கிரெடிட் செய்ய விரும்புகிறீர்களா? (ஏதேனும் ஒன்றைத் தேர்வு செய்யவும்)

இல்லை, என்னிடம் eA இல்லை, அதை திறக்க விரும்பவில்லை ஆம், இந்தக் பாலிசியை எனது e-காப்பீட்டுக் கணக்கில் கிரெடிட் செய்யவும்.
ஆம் எனில், தற்போதுள்ள இ-காப்பீட்டுக் கணக்கைப் பகிரவும் இல்லை காப்பீட்டுக் _____

களஞ்சியப் பெயரைத் தேர்வு செய்யவும் (நீங்கள் கணக்கைத் திறந்திருக்கும் களஞ்சியம்)

M/s NSDL டேட்டா பேஸ் மேனேஜ்மென்ட் லிமிடெட் M/s கார்வி இன்சூரன்ஸ் ரிபோசிட்டரி லிமிடெட்

M/s சென்டரல் இன்சூரன்ஸ் ரிபோசிட்டரி லிமிடெட் M/s CAMS ரிபோசிட்டரி 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 CNYC 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 _____ நடு பெயர் _____ கடைசி பெயர் _____

பாலினம் ஆண் பெண் இவற்றில் எதுவுமில்லை பிறந்த நாள்: PAN எண் _____

முகவரி வரி 1 _____

முகவரி வரி 2 _____

முகவரி வரி 3 _____

அஞ்சல் குறியீடு _____ தொலைபேசி எண் _____ மொபைல் எண் _____

உறவுமுறை _____ மற்ற உறவு _____ மின்னஞ்சல் ஐடி _____

UID _____ மைல்கல் _____ 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 கிளைத் தீர்வுக்கான ஒரே நோக்கத்திற்காகவும், எந்தவொரு அரசு மற்றும்/அல்லது ஒழுங்குமுறை அதிகாரியிடமும் காப்பீடு செய்யப்பட்டவர் / முன்மொழியப்பட்டவரின் மருத்துவப் பதிவுகள் உட்பட எனது திட்டம் தொடர்பான தகவல்களைப் பகிரந்து கொள்ள நிறுவனத்தை நான் அங்கீகரிக்கிறேன்.

தேதி: முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: _____

இடம்: _____ முன்மொழிபவரின் பெயர்: _____

2. மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள எனது மின்னஞ்சல் மூலமாகவோ (உங்கள் மின்னஞ்சல் முகவரியை எங்களுக்கு வழங்கவும்)அல்லது

மொபைல் எண்ணுக்குக் குறுஞ்செய்தி மூலமாகவோ பாலிசி ஆவணங்களை எனக்கு அனுப்பலாம் என்பதற்கு இதன்மூலம் நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன் என்ற வாக்கியத்தை அனைத்து முன்மொழிவு படிவங்களிலும் சேர்க்கலாம்.

நிறுவனத்தின் முன்மொழியப்பட்ட அல்லது தற்போதுள்ள கொள்கையின்படி, அவ்வப்போது மற்றும் பொருந்தக்கூடிய சட்ட விதிகளுக்கு உட்பட்டு, வரவேற்பு அழைப்புகள், சேவை அழைப்புகள் அல்லது வேறு எந்த தகவல்தொடர்புகளையும் (எலெக்ட்ரானிக் அல்லது வேறு) மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் ("நிறுவனம்") வழங்க நான் இதன் மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் அங்கீகரிக்கிறேன்.

எனது வாட்ஸ்அப் எண்ணில் பாலிசி தொடர்பான அனைத்து தகவல்தொடர்புகளையும் பெற

விரும்புகிறேன். வாட்ஸ்அப் எண்: _____

தேதி: முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: _____

இடம்: _____ முன்மொழிபவரின் பெயர்: _____

3. பிராந்திய மொழி உறுதிமொழி முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்திடமிருந்து மருத்துவ காப்பீட்டைப் பெறுவதற்கு இடைப்பட்ட 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.

உறுதியளிப்பவரின் பெயர் _____
 முன்மொழிபவருடன் அவரது உறவு _____
 உறுதியளிப்பவரின் கையொப்பம்: _____ பிராந்திய மொழியில் விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்: _____
 தேதி:

4. இடைத்தரகரின் உறுதிமொழி காப்பீட்டு ஆலோசகர் / காப்பீட்டை முகவரின் குறிப்பிட்ட நபர் / தரகர் / தகவல் தொடர்பு அதிகாரியின் அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஊழியர் என்ற முறையில் (முழுப் பெயர்) நான், இந்த முன்மொழிவு படிவத்தின் அனைத்து உள்ளடக்கங்களையும், இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் உள்ள கேள்விகளின் தன்மை உட்பட, முன்மொழிபவருக்கு விளக்கியுள்ளேன் என்று இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இதில் உள்ள கேள்விகளுக்கு அவர் சமர்ப்பித்த அறிக்கை(கள்), தகவல் மற்றும் பதில்கள்(கள்) அல்லது இதில் கோரப்படும் ஏதேனும் விவரங்கள், இந்த முன்மொழிவு பாலிசியை வழங்குவதற்காக நிறுவனத்தால் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டால், நிறுவனத்திற்கும் முன்மொழிபவருக்கும் இடையிலான காப்பீட்டு ஒப்பந்தத்தின் அடிப்படையாக அமையும். இந்த முன்மொழிவு படிவத்தில் ஏதேனும் உண்மைக்கு மாறான அறிக்கை(கள்) / தகவல் / பதில்கள் இருந்தால் / இணைப்புகள், உறுதிமொழிகள், அறிக்கைகள், சமர்ப்பிப்புகள், சமர்ப்பிக்கப்பட்டவை சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டியவை, அல்லது ஏதேனும் முக்கிய உண்மை வெளியிடப்படாமல் இருந்தால், இந்த முன்மொழிவின்படி அவருக்கு ஆதரவாக வழங்கப்பட்ட பாலிசியை நிறுவனம் செல்லாததாகக் கருதலாம் மற்றும் பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட அனைத்து பிரீமியமும் நிறுவனத்தால் பறிமுதல் செய்யப்படலாம் என்பதை நான் விளக்கியுள்ளேன்.

உரிம எண் / ஐ.டி.ஆலோசகர் / காப்பீட்டை முகவர் / தரகர் / தகவல் தொடர்பு அதிகாரி) _____
 காப்பீட்டு ஆலோசகரின் கையொப்பம்: _____
 தேதி: இந்த பாலிசியின் கீழ் கிடைக்கும் அனைத்து அம்சங்கள் / பலன்களையும் நான் புரிந்துகொண்டேன் என்று நான் முன்மொழிபவரின் பெயர் _____
 உறுதிப்படுத்துகிறேன். முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: _____
 தேதி:

5. முன்மொழிபவர் உறுதிமொழி (எந்த காரணத்திற்காகவும், முன்மொழிவு மற்றும் பிற தொடர்புடைய ஆவணங்கள் முன்மொழிபவரால் பூர்த்தி செய்யப்படாமல் இருந்தால், அதற்கான சான்றிதழ்). முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்கள் எனக்கு முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளன, மேலும் முன்மொழிபப்பட்ட ஒப்பந்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன். எனது அறிவுறுத்தலின் பேரில் முன்மொழிவு படிவம் பூர்த்தி செய்யப்பட்டது மேலும் அதை நான் சரி பார்த்துவிட்டேன்.

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: _____
 தேதி:

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

முன்மொழிபவரின் கையொப்பம்: _____
 தேதி:

நீங்களோ முன்மொழியப்பட்ட விண்ணப்பதாரரையோ PEP -கனா அல்லது PEP -களின் நெருங்கிய உறவினரா? ஆம் இல்லை
 ஆம் என்றால் "அரசியல் தொடர்புடைய நபர்கள்" (PEP -கள்) பற்றிய விவரங்களைப் பகிரவும்:
 *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 போன்ற, ஒரு வெளிநாட்டினால் முக்கிய பொதுப் பணிகளில் ஓய்வூதியக்கப்பட்ட நபர்கள்.

2. கூடுதல் தகவல்: நாட்டினம்: இந்தியர் இந்தியரல்லாதவர் இந்தியரல்லாதவர் என்றால், நாட்டைக் குறிப்பிடவும்: _____

3. அமைப்பின் வகை: (i) நிறுவனங்கள் (ii) அறக்கட்டளை (iii) அரசு (iv) கூட்டாண்மை (v) அரசு சாரா நிறுவனங்கள் (vi) கூட்டுறவுகள் (vii) சங்கம் (viii) தனியார் வரையறுக்கப்பட்ட நிறுவனம் (ix) பொது வரையறுக்கப்பட்ட நிறுவனம் (x) மற்றவை, குறிப்பிடவும் _____

4. நிதி ஆதாரம்: வணிகம்: _____ சம்பளம் பெறுபவர்: _____ மற்றவை (குறிப்பிடவும்): _____

7. இயலாமை உறுதிமொழி இந்த உறுதிமொழியை வழங்க முன்மொழிபவரால் எனக்கு முறையாக அங்கீகாரம் வழங்கப்பட்டுள்ளது என்றும், முன்மொழிவு படிவத்தின் உள்ளடக்கங்கள் மற்றும் மாக்கா ஜெனரல் இன்சூரன்ஸ் லிமிடெட் நிறுவனத்திடமிருந்து மாமாருதுவ காப்பீட்டைப் பெறுவதற்குத் தொடர்புடைய அனைத்து ஆவணங்களையும் முன்மொழிபவருக்கு முழுமையாக விளக்கியுள்ளேன் என்றும் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இதை முன்மொழிபவர் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டார், 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 கூடப்பாடு பாலிசி வழங்கப்படும் வரை தொடரும், மேலும் இந்த முன்மொழிவு 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 தகவல் இணைத்து, அதில் கையொப்பமிடவும். வெளிப்படுத்தல் கூடப்பாடுகள் மீறப்பட்டால், அத்தகைய மீறல் வழங்கப்பட்ட எந்தவொரு பாலிசியையும் செல்லாததாகக் கூடுதல்.

காப்பீட்டுச் சட்டம் (திருத்தம்) சட்டம், 2015 -இன் பிரிவு 41 -இன் கீழ் தள்ளுபடிகளைத் தடை செய்தல்
 1. இந்தியாவில் ஆயுள்கள் அல்லது சொத்துக்கள் தொடர்பான எந்தவொரு ஆபத்துக்கும் காப்பீட்டை எடுக்க, புதுப்பிக்க, தொடர, செலுத்த வேண்டிய கமிஷனின் முழு தொகை அல்லது பகுதி தொகைக்கு எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் அல்லது பாலிசியில் காட்டப்பட்டுள்ள பிரீமியத் தொகைக்கு எந்தவொரு தள்ளுபடியையும் அல்லது பாலிசியை எடுக்கும் அல்லது தொடரும் எந்தவொரு நபரும் எந்தவொரு தள்ளுபடியையும், எந்தவொரு நபருக்கும் நேரடியாகவோ, மறைமுகமாகவோ, துண்டிதலாக 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

ஒப்புரை முன்மொழிவு எண் _____ தேதி:
 உங்கள் முன்மொழிவு மற்றும் தொகையை ரொக்கம் / காசோலை / நெப்ட் / தேவை டிராப்ட் / மற்றவை மூலம் _____ வங்கியில் _____
 தேதியிட்ட ரூ. _____ தொகை _____

பூர்த்தி செய்யப்பட்ட காப்பீட்டு முன்மொழிவை எங்களிடம் சமர்ப்பிப்பதோ, கோரப்பட்ட எந்தவொரு பாலிசிக்கும் பணம் செலுத்துவதோ, ஒரு பாலிசியை வழங்க ஒப்புக்கொள்ள எங்களைக் கட்டாயப்படுத்துதல், அந்த முடிவு எப்போதும் எங்கள் சொந்த மற்றும் முழுமையான விருப்பப்படி இருக்கும். காப்பீட்டு முன்மொழிவை நாங்கள் ஏற்றுக்கொண்டால், அது பாலிசி விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது, மேலும், பிரீமியத் தொகை முழுமையாகவும் உரிய நேரத்திலும் எங்களுக்குக் கிடைக்காவிட்டால் அல்லது அது வதலிக்கப்பட்டாவிட்டால், அதற்கு நாங்கள் எந்தப் பொறுப்பையும் ஏற்க மாட்டோம் நாங்கள் இந்த முன்மொழிவை ஏற்கவில்லை என்றால், உங்களுக்குத் தெரிவிப்போம்.

பெறுநரின் கையொப்பம் மற்றும் அலுவலக முத்திரை _____