

# Health Assurance Proposal Form.

(URN: 002)

Please fill up this form in CAPITAL LETTERS for self and each proposed insured person. If you require additional space to answer any question on this Proposal Form, please attach additional sheets of paper and indicate on the additional sheet the question number to which the information being provided pertains.

## 1. Proposer Details\*

Title  Name

Current Address

Landmark  City

District  State  Pin Code

Landline  Mobile No.

Email ID  PAN No.

Nationality  Annual Income (Rs.)   Salaried  Self Employed

Do you want the Physical Copy of the Policy Kit  Yes  No

### Bank Details

Bank Name  Branch

City  Account No.

IFSC Code  Account Type  Savings  Current

### Details of Electronic Insurance Account (eIA)

Do you wish to have this policy credited to an e-Insurance account? (Please select any one)

No  I do not have an e-insurance account and do not wish to open one  Rural and Social Sector Category (if applicable):  
 Yes  Credit this policy to my e-Insurance account  ASHA Worker  MGNREGA Worker

If Yes, Please share existing E-Insurance Account No.

Please select Insurance Repository Name (you have opened your account with)

1. NSDL  2. CIRL  3. KARVY  4. CAMS  (Please select any one)

I do not have existing e-Insurance account and I am interested in creating a new e-Insurance account (Please submit electronic insurance account opening form (eIA form) along with relevant documents).

\*Proposer must be covered under the insurance policy and he/she must be more than 18 years of age.

## 2. Coverage Selection

Benefit Type (Please tick the relevant boxes. You can choose multiple benefits.)

Family Combinations :  1A  1A+1C  1A+2C  2A  2A+1C  2A+2C

Accident Care# :  Sum Insured (Rs.)

Accident Temporary Total Disability (TTD) :  Yes  No Sum Insured^ (Rs.)

Accident Hospitalization

CritiCare# :  Sum Insured (Rs.)  Option 1  Option 2

Hospicash :  Daily Hospicash Limit (Rs)

Policy Term :  1 Year  2 Year  3 Year

#For AccidentCare and CritiCare: Maximum sum insured that can be opted would be up to 12 times of the annual income of the proposer if salaried or up to 15 times of the annual income of the proposer if self employed. AccidentCare would not be available to dependent children below 2 years. CritiCare would not be available for dependent children.

For salaried individuals, annual income considered would be on Fixed CTC (Cost to Company excluding bonuses and commissions) basis.  
 ^Sum Insured for Total Temporary Disability (TTD) shall be between Rs. 1 lac to Rs. 20 lacs (in multiple of Rs. 50,000), however TTD Sum Insured cannot exceed lower of 2 times of annual income or AccidentCare Sum Insured. Annual income is actual cost to company excluding overtime, bonuses, tips, commissions, allowances, special compensations, income from other sources or any components of variable pay that the Primary Insured may have otherwise been eligible to receive.

## 3. Details of the Proposed Insured Person(s)

Insured No. 1	Name		Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Height (Inch)	Weight (Kg)	Waistline (Inch)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gender (M/F)	Relationship with Proposer	Occupation:	Education:	Risk Class*		

Insured No. 2	Name			Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Height (Inch)	Weight (Kg)	Waistline (Inch)
	Gender (M/F)	Relationship with Proposer	Occupation:	Education:		Risk Class*	

Insured No. 3	Name			Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Height (Inch)	Weight (Kg)	केबल (इंच)
	लिंग (एम / एफ)	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	उद्योग:	शिक्षण:		जोखीम वर्ग*	

विभागांक क्रमांक ४	नाम			जन्म तारीख (डीडी / मिमी / वायवायवायवाय)	उंची (इंच)	वजन (किलो)	केबल (इंच)
	लिंग (एम / एफ)	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	उद्योग:	शिक्षण:		जोखीम वर्ग*	

\*For risk class II, there will be a 50% loading on the premium. Applicable only in case of AccidentCare coverage basis the occupation of the Policyholder.

#### 4. Nomination (for Primary Insured)

Nominee Name	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	Address, mobile number and email ID of Nominee	Appointee Name (if nominee is less than 18 year of age)
			Address Ph. No.	

#### Nominee Bank Details:

Bank Name \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_ IFSC Code \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Account No. \_\_\_\_\_ Account Type  Savings  Current

#### 5. Medical History

##### Section A: Medical Information

To be answered in case of CritiCare and/or HospiCash. In case only AccidentCare is opted, Please answer Q1 only.		Insured No.(Please provide answer as Yes/No against the applicant member)			
		1	2	3	4
1.	आपण जन्मापासून किंवा नंतर कोणत्याही मानसिक / शारीरिक कमकुवतपणा आणि / किंवा विकृती आणि / किंवा अपंगत्वाने ग्रस्त आहात का आणि / किंवा आपले आरोग्य चांगले आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
2.	आपल्या दैनंदिन क्रियाकलापांवर परिणाम करणारा कोणत्याही लक्षणासाठी आपल्याला 7 दिवसांपेक्षा जास्त काळ बेड रेस्ट किंवा रुग्णालयात दाखल करण्याचा सल्ला देण्यात आला आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
3.	आपण 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणत्याही अस्वस्थता / लक्षणांनी ग्रस्त आहात किंवा सध्या त्रस्त आहात ज्यासाठी आपण कोणताही सल्ला घेतलेला नाही किंवा तसे करण्याचा विचार करीत आहात?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
4.	आपल्याला कधी सल्ला दिला गेला आहे किंवा सध्या 7 दिवसांपेक्षा जास्त काळ किंवा साप्ताहिक किंवा मासिक आधारावर दररोज कोणतेही उपचार किंवा औषधोपचार केले गेले आहेत का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
5.	आपण कधी खालीलपैकी कोणतीही तपासणी केली आहे किंवा सल्ला दिला आहे का (नियमित आरोग्य तपासणी व्यतिरिक्त): टीएमटी, ॲंजिओग्राफी, इको कार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, सीटी स्कॅन, एमआरआय, एफएनएसी, बायोप्सी इत्यादी?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
6.	आपण कधी काही ऑपरेशन किंवा शस्त्रक्रिया केली आहे किंवा करण्याचा विचार केला आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
7.	आपल्याला उच्च रक्तदाब आणि / किंवा मधुमेह आणि / किंवा उच्च कोलेस्ट्रॉल आणि / किंवा हृदयाची समस्या आणि / किंवा थायरॉईड डिसऑर्डर आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
8.	आपल्याला कधी कोणत्याही प्रकारचा कर्करोग झाल्याचे निदान झाले आहे का? नियमित तपासणीव्यतिरिक्त कर्करोगाचे संभाव्य निदान नाकारण्यासाठी आपल्याला कधी तपासणी करण्याचा सल्ला देण्यात आला आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
9.	सिगारेट, गुटखा-पान किंवा अल्कोहोल किंवा इतर कोणत्याही अंमली पदार्थांचे सेवन तुम्ही कधी केले आहे का किंवा सध्या सेवन केले आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

##### To be answered in case of female life to be insured:

10.	आपण सध्या गर्भवती आहात आणि / किंवा कोणत्याही प्रकारचे प्रजनन उपचार घेत आहात आणि / किंवा सिझेरियन शस्त्रक्रियेद्वारे जन्म दिला आहे?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
11.	आपल्याला स्तन, मासिक पाळी, गर्भधारणा आणि / किंवा गर्भधारणेची संबंधित कोणतीही स्त्रीरोगविषयक गुंतागुंत झाली आहे आणि / किंवा नियमित तपासणीव्यतिरिक्त पीएपी स्पीयर, मेमोग्राम केले आहे का?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

विभाग बी: (केवळ क्रिटीकेअर आणि / किंवा हॉस्पिकॅशसाठी लागू) जर Q1 चे उत्तर 'नाही' म्हणून दिले गेले असेल आणि / किंवा विभाग अ मधील Q2 ते Q11 पर्यंतच्या प्रश्नांची उत्तरे 'होय' म्हणून दिली गेली असतील तर कृपया तपशील द्या. आजारपण / औषध / चाचणी / शस्त्रक्रिया / दुखापत / अपंगत्व / विकृती / अपंगत्व यांचे नाव आणि तपशील.

विमाधारक क्र.	वैद्यकीय प्रश्न क्र.	आजाराचा प्रकार [संघटन]	अचूक निदान आणि तपासणी केली जाते	निदान दिनांक	सल्लामसलतीची तारीख	उपचारांचा तपशील / रुग्णालयात दाखल होण्याचा इतिहास	डॉक्टर व रुग्णालयाचे नाव व फोन क्र. आणि त्यासाठी रुग्णालयात दाखल आहे की नाही

(If you require additional space to answer any question on this proposal form, please attach additional sheets of paper and indicate on the additional sheet the question number to which the information is being provided pertains.)

#### Section C:

1. Is the Insured Person / Proposer a Politically Exposed Person (PEP) ?  हो  नाही  
(if yes, kindly fill the PEP Questionnaire)

2. Do you have any history of conviction under any criminal proceedings in India and/or abroad?  हो  नाही

#PEP are individuals who are or have been entrusted with prominent public functions i.e. heads/ ministers of central or state govt. senior politicians, senior govt. judicial or military officials, senior executives of govt. companies, important party officials, immediate family member or above persons (would include spouse, parents, children, spouse's parents or siblings and close associates of PEPs).

#### Section D: Family History\* (applicable for CritiCare and HospiCash coverage)

Have your parents, brothers or sisters had cancer, diabetes, hypertension (high blood pressure), heart or kidney disease, polycystic kidney disease, mental or nervous disorder (including alzheimer's disease), stroke, multiple sclerosis, motor neuron disease or any other hereditary disorders which is persistent / long in nature?  हो  नाही

विमाधारक क्र.	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	रोग किंवा डिसऑर्डर (असल्यास)	वय (हयात असल्यास)	सुरुवातीचे वय	मृत्यूचे कारण (लागू असल्यास)	मृत्यूचे वय (लागू असल्यास)

\* प्रौढ सदस्यांसाठीच उपलब्ध करून देण्यात येणार आहे

#### 6 फॅमिली फिजिशियन चा तपशील

फॅमिली फिजिशियनचे नाव \_\_\_\_\_ संपर्क क्रमांक १ \_\_\_\_\_ संपर्क क्रमांक २ \_\_\_\_\_

#### द्वितीयक विमा तपशील

आपण किंवा कोणत्याही व्यक्तीने निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड किंवा इतर कोणत्याही विमा कंपनीकडे आरोग्य विमा / वैयक्तिक अपघात पॉलिसी अंतर्गत आधीच विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव आहे का?  हो  नाही

जर होय, तर आपण कधीपासून सतत विमा काढला आहे

डो.डी / मिमी / वायवायवायवय

विमाधारक क्र.	विमा कंपनीचे नाव	पॉलिसी क्र./ अर्ज क्र.	(तारीख) पासून विमाधारक	आजपर्यंत (तारीख)	विम्याची रक्कम	दाव्यांचा तपशील (असल्यास)

#### 8 घोषणा (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येकावर चेक मार्क लावा)

- मी समजतो की मी दिलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार असेल, विमा कंपनीच्या बोर्डाने मंजूर केलेल्या अंडरराइटिंग पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि आकारण्यायोग्य प्रीमियम पूर्ण मिळाल्यानंतरच पॉलिसी लागू होईल.
- मी/ आम्ही पुढे जाहीर करतो की प्रस्ताव सादर झाल्यानंतर परंतु कंपनीने जोखीम स्वीकारल्याची माहिती देण्यापूर्वी विमा धारक / प्रस्तावकाच्या व्यवसायात किंवा सामान्य आरोग्यात होणारे कोणतेही बदल मी / आम्ही लेखी कळवू
- आयुष्याच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणार या कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टरकडून किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार या कंपनीला मी / प्रस्तावक घोषित करतो आणि संमती देतो आणि कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती मागतो ज्याकडे विमा / प्रस्तावक असलेल्या जीवनावरील विम्यासाठी अर्ज केला आहे प्रस्तावकमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या हेतूने.
- मी / आम्ही कंपनीला प्रस्ताव अंडरराइटिंग आणि / किंवा दाव्यांचा निपटारा करण्याच्या एकमेव हेतूसाठी वैद्यकीय रेकॉर्डसह माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास आणि कोणत्याही सरकार, आमचा सेवा प्रदाता आणि / किंवा नियामक प्राधिकरणाशी सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.
- मी / आम्ही कंपनीला सेवा वितरणाच्या एकमेव हेतूसाठी विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय रेकॉर्डसह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.
- मी / आम्ही माझ्या वतीने आणि विमा धारक सर्व व्यक्तींच्या वतीने जाहीर करतो की मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि / किंवा तपशील माझ्या माहितीप्रमाणे सर्व बाबतीत सत्य आणि परिपूर्ण आहेत आणि मी / आम्ही इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव ठेवण्यास अधिकृत आहे / आहोत.

तारीख: \_\_\_\_\_ जागा: \_\_\_\_\_ प्रस्तावकाची स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

#### 9. इलेक्ट्रॉनिक धोरण पूर्णता आणि सेवा संप्रेषणासाठी अधिकृतता

मी माझ्या पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छितो आणि निवा बुपा हीथ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे माझी पॉलिसी आणि सेवेशी संबंधित सर्व संप्रेषण ईमेल आयडीवर पाठविण्यास अधिकृत करून कागद वाचविण्यास मदत करू इच्छितो.  हो  नाही

#### 10. स्थानिक घोषणापत्र

प्रस्तावकाने स्वाक्षरी केली असेल तर कंपनीच्या एजंट / कर्मचाऱ्याव्यतिरिक्त इतर कोणी साक्षीदार होण्यासाठी प्रमाणपत्र. या फॉर्मचा मजकूर आणि त्यातील तपशील मी ज्या प्रस्तावकाला समजून घेतला आहे आणि त्याची पुष्टी केली आहे, त्याला मी स्थानिक भाषेत समजावून सांगितले आहे.

साक्षीदाराचे नाव : \_\_\_\_\_

साक्षीदाराची स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी \_\_\_\_\_



## मुख्य वैशिष्ट्य दस्तऐवज

निवा बुपा आपल्या ग्राहकांना निष्पक्ष आणि पारदर्शक होण्यासाठी समर्पित आहे. हा दस्तऐवज आपल्या पॉलिसीमधील मुख्य वैशिष्ट्ये आणि प्रतीक्षा कालावधीचा सारांश देतो. आपले धोरण अधिक चांगल्या प्रकारे समजून घेण्यासाठी कृपया ते काळजीपूर्वक वाचा.

### 1 अपघात काळजी कव्हर

जर एखाद्या विमाधारक व्यक्तीचा अपघातामुळे मृत्यू झाला किंवा त्याला कोणतीही इजा झाली तर एक्सीडेंटकेअर कव्हर खालील फायद्यांद्वारे मदत करेल:

• <b>मृत्यू कव्हर :</b>	मृत्यू देय आहे.
• <b>कामात्मस्वरूपी अपंगत्वासाठी देय आहे ज्यामुळे काम करण्याच्या क्षमतेवर परिणाम होतो किंवा अवयव किंवा दृष्टीचा वापर कमी होतो.</b>	कायमस्वरूपी अपंगत्वासाठी देय आहे ज्यामुळे काम करण्याच्या क्षमतेवर परिणाम होतो किंवा अवयव किंवा दृष्टीचा वापर कमी होतो.
• <b>कामाचे अंशतः अपंगत्व :</b>	आपल्या शरीराच्या भागावर परिणाम करणार्या कायमस्वरूपी दुखापतीसाठी देय आहे उदा: हात किंवा पायाचा वापर कमी होणे किंवा बोलणे किंवा ऐकणे कमी होणे इत्यादी.
• <b>वैद्य शिक्शाचा लाभ :</b>	मृत्यू किंवा कायमचे पूर्ण अपंगत्व आल्यास 2 अवलंबून मुलांसाठी कौटुंबिक पर्यायांतर्गत देय आहे.
• <b>क्यासंस्कार खर्च :</b>	मृत्यू देय आहे.
• <b>तत्पुरते एकूण अपंगत्व : (ऐच्छिक लाभ)</b>	अपंगत्वासाठी देय ज्यामुळे विमाधारक व्यक्ती त्याच्या नेहमीच्या व्यवसायात उपस्थित राहू शकत नाही.
• <b>अपघात रुग्णालयात दाखल होणे : (ऐच्छिक लाभ)</b>	अपघातामुळे रुग्णालयात दाखल होण्याचा खर्च देय.
• <b>विमाची रक्कम (एसआय) पात्रता :</b>	स्वतः - एसआय जोडीदाराच्या 100% - एसआयच्या 50% किंवा 10 लाख रुपये (जे कमी असेल) मुले - एसआयच्या 20% किंवा 5 लाख रुपये (जे कमी असेल)

### 2 क्रिटीकेअर कव्हर

जर एखाद्या विमाधारक व्यक्तीला पॉलिसीमध्ये समाविष्ट असलेल्या 20 गंभीर आजारांपैकी (जसे की कर्करोग, हृदयविकाराचा झटका, ओपन च्हेस्ट सीएबीजी, मल्टिपल स्क्लेरोसिस इ.) कोणताही त्रास झाला असेल तर निवा बुपा निवडलेल्या लाभ पर्यायानुसार विम्याची रक्कम देईल.

• <b>व्यवसायाचे पर्याय :</b>	लाभ पर्याय १ - एकरकमी लाभ पर्याय २ संपूर्ण देय विम्याची रक्कम - एकरकमी देय विम्याची रक्कम आणि पुढील ५ वर्षांसाठी दरवर्षी देय विम्याच्या रकमेच्या १०%
• <b>विमाची रक्कम (एसआय) पात्रता :</b>	स्वतः-एसआयजोडीदाराचे 100%-एसआयचे100%
• <b>अधिक प्रतीक्षा कालावधी :</b>	कव्हेरेज सुरू झाल्याच्या तारखेपासून 90 दिवस, म्हणजेच पहिल्या 90 दिवसांमध्ये किंवा त्यापूर्वीचिन्हे किंवा लक्षणे आढळल्यास लाभ देय नाही.
• <b>आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजारांची वाट पाहणे :</b>	पहिली पॉलिसी सुरू झाल्यापासून सलग ३६ महिने पूर्ण होईपर्यंत आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजारांसाठी लाभ मिळणार नाही.
• <b>पॉलिसी मेडिकल चेकअप (पीपीएमसी) चा खर्च :</b>	क्रिटीकेअरचा प्रस्ताव फेटाळल्यास ग्राहकांना पीपीएमसीसाठी होणारा १०० टक्के खर्च सहन करावा लागणार आहे

### 3 हॉस्पिकेअर कव्हर

जर विमाधारक व्यक्ती रुग्णालयात दाखल असेल तर निवा बुपा रुग्णालयात दाखल होण्याच्या 24 तासांच्या प्रत्येक सलग आणि पूर्ण कालावधीसाठी दैनंदिन भत्ता (निवडल्याप्रमाणे) देईल. जर विमाधारक व्यक्ती एखाद्या रुग्णालयाच्या अतिदक्षता विभागात (आयसीयू) दाखल असेल तर निवा बुपा निवडलेल्या दैनंदिन भत्त्याच्या दुप्पट देईल.

• <b>विम्याची रक्कम (एसआय) पात्रता:</b>	स्वतः - निवडलेल्या डेली हॉस्पिकेअर मर्यादेच्या 100% जोडीदार - निवडलेल्या डेली हॉस्पिकेअर मर्यादेच्या 100% मुले - निवडलेल्या डेली हॉस्पिकेअर मर्यादेच्या 50%
• <b>अधिक प्रतीक्षा कालावधी :</b>	आम्ही पॉलिसी वर्षात विमाधारक व्यक्तीसाठी जास्तीत जास्त 45 दिवसांपर्यंत या बेनिफिट अंतर्गत पेमेंट करू, ज्यात आयसीयूमध्ये दाखल होण्याच्या जास्तीत जास्त 7 दिवसांचा समावेश आहे.
• <b>आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजारांसाठी प्रतीक्षा कालावधी :</b>	कव्हेरेज सुरू झाल्याच्या तारखेपासून 30 दिवस. अपघातामुळे रुग्णालयात दाखल झाल्यास सुरुवातीचा प्रतीक्षा कालावधी राहणार नाही.
• <b>विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी :</b>	पहिली पॉलिसी सुरू झाल्यापासून सलग ३६ महिने पूर्ण होईपर्यंत आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजारांसाठी लाभ मिळणार नाही.
• <b>क्री लुक प्रोव्हिजन :</b>	मोतीबिंदू, सायनुसायटिस, पित्त आणि मूत्रप्रणालीतील खडे, संधिवात, मधुमेह आणि संबंधित गुंतागुंत इत्यादी विशिष्ट परिस्थिती / उपचारांसाठी 24 महिन्यांचा प्रतीक्षा कालावधी.
• <b>क्री लुक प्रोव्हिजन :</b>	जर आपण पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती मान्य करत नसाल तर पॉलिसी दस्तऐवज प्राप्त झाल्यापासून 15 दिवसांच्या आत कारणे सांगून पॉलिसी रद्द करू शकता. डिस्टन्स मार्केटिंग मोडद्वारे पॉलिसी खरेदी केल्यास क्री लुक कालावधी 30 दिवसांचा असेल आणि पॉलिसी कालावधी 3 वर्षांचा आहे. मुद्रांक शुल्क, प्री-पॉलिसी वैद्यकीय तपासणी आणि अनुपातिक जोखीम प्रीमसाठी शुल्क वजा केल्यानंतर प्रीमियम परत केला जाईल

## मुख्य वैशिष्ट्य दस्तऐवज

टीप: हे केवळ ऑफर केलेल्या कव्हरचा सारांश आहे. विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी संपूर्ण तपशीलासाठी कृपया पॉलिसी शब्दांकन पहा. हे दस्तऐवज पॉलिसीतील महत्त्वाच्या फायद्यांचे केवळ सूचक आहे.

तारीख: \_\_\_\_\_

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी : \_\_\_\_\_

जागा: \_\_\_\_\_

प्रस्तावकाचे नाव : \_\_\_\_\_