

URN: 024

ବୀମା ଚୁକ୍ତି ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଗ୍ରହଣ ଏବଂ ଆମେ ବିଶ୍ୱାସ ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ ଆଧାରିତ । ଆମେ ବୁଝିପାରୁଛୁ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଉପରେ ଏହାର ପ୍ରଭାବ କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାହା ନୁହେଁ ଆପଣ ଜାଣିନଥିବେ । ତେଣୁ, ଏହା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯେ ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଆମେ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବୁ ଯେ ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ (ଆମେ ଏହାକୁ 'ଭୌତିକ ତଥ୍ୟ' କହିଥାଉ) । ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାତିଲ କରିବୁ, କୌଣସି ଦାବି ଦେବୁ ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ଯଦି ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିଷୟରେ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ ତେବେ ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୁବିଧା ପୁନରୁଦ୍ଧାର ସମେତ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଆଇନଗତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ନେବାର ଅଧିକାର ରହିବ । ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ କଭରେଜ୍ କେବଳ ସେହି ସମୟରେ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ ଯାହାକୁ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଛୁ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ସ୍ୱୀକାର କରିଛୁ ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ଲିଙ୍ଗ:	ପୁରୁଷ	ମହିଳା	ଅନ୍ୟମାନେ	ଜାତୀୟତା(ସମ୍ପାଦନା)
DOB	DDMMYYYY					
ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା						
ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ(ସମ୍ପାଦନା)		ସହର				
ଠିକଣା		ରାଜ୍ୟ ସରକାର				ପାଠ୍ୟପଠ ପରିଚୟ ନମ୍ବର
ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ ନମ୍ବର						ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି						ବିକଳ୍ପ ନମ୍ବର

ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା)		CKYC ନମ୍ବର	
ବୃତ୍ତି(ସମ୍ପାଦନା) ବେତନଭୋଗୀ		ସ୍ୱୟଂ ନିୟୋଜିତ	
ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରାଯାଇଛି		ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	

ମୁଁ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ କମ୍ପ୍ୟୁଟର ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ନୀତି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ପର୍କରେ ଆପଣଙ୍କର ଉପଯୋଗୀ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପର୍କ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି?

ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଜା ଦୁଇ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କିମ୍ବା ଏହାରୁ କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ / କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ (ଆଇଇ) / ସହଯୋଗୀଙ୍କୁ ସ୍ୱାଗତ କଲୁ / ଏସଏମଏସ, ସେବା କଲୁ / ଏସଏମଏସ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ଏସଏମଏସ / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ହ୍ୟାଣ୍ଡଆଉ / ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇଛି ।

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ପିଇପି# ଅଟନ୍ତି କି? ହଁ ନାହିଁ

#Politically ପ୍ରକାଶିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ହେଉଛି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନେ ପ୍ରମୁଖ ସାର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ପୁଞ୍ଜି/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କମ୍ପାନୀର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ ଅଟନ୍ତି । (ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଚିକ୍ କରିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୂର୍ବକ ପିଇପି ପ୍ରସ୍ତାବକୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

ଗ୍ରାମୀଣ ଓ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ଶ୍ରେଣୀ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ):	<input type="checkbox"/> ଆଶା କର୍ମୀ	<input type="checkbox"/> ମନରେଗା ଶ୍ରମିକ
ଆପଣ ପଲିସି କିଏ ର ଫିଜିକାଲ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି:	<input type="checkbox"/> ହଁ	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)				
ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର		IFSC କୋଡ୍		
ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା)	ସଞ୍ଚୟ ହେଉଛି	ସମ୍ପ୍ରତି	ଶାଖା	ସହର

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସ୍ଟ୍ରୁକ୍ସନ୍ ଆକାଉଣ୍ଟ (ଇଆଇଏ)ର ବିବରଣୀ
ଆପଣ ଏହି ପଲିସିକୁ ଏକ eIAରେ ଜମା କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି? (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ)
 ନା, ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରୋଡ଼ିଟ୍ କରନ୍ତୁ
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଅଂଶବାର କରନ୍ତୁ।
ଦୟାକରି ବୀମା ଭଣ୍ଡାର ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)
 M/s NSDL Database Management Limited ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନସ୍ଟ୍ରୁକ୍ସନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍
 ମେସର୍ସ କାର୍ଡ ଇନସ୍ଟ୍ରୁକ୍ସନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍ ମେସର୍ସ CAMS ରିପୋଜିଟୋରୀ ସର୍ଭିସେସ୍ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା
 ମୋର ବର୍ତ୍ତମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏକ ନୂତନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ସୃଷ୍ଟି କରିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ (ଦୟାକରି ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ଦସ୍ତାବିଜ ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ବୀମା ଖାତା ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (ଇଆଇଏ ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରିବୁ) ।

ନବୀକରଣ ଦେୟ
ସାଇନ ଅପ: କମ୍ପ୍ୟୁଟରୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନ ଅଟୋମେଟେଡ୍ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ଏସିଏଡ଼) / ସ୍ୱାଣ୍ଟି ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ଏସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା
ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରତିବର୍ଷ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରାଯାଇପାରିବ । ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅଧୀନରେ ଆପଣ ନୀତିକୁ ତ୍ୱରିତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରେ, କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ସୂଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜଗୁଡ଼ିକୁ ଆପଣଙ୍କ ଅଧୀନରେ ରଖାଯାଇପାରେ ।

ଏସିଏଡ଼ / ଏସଆଇ ନବୀକରଣ ଆପଣଙ୍କର କରାଯାଇଥିବା ଚାହୁଁଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ପ୍ରିମିୟମ ଉପରେ 2.5% ରିହାତି ଲାଭ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି ଯଦି ଏହା ବ୍ୟବହାର କରି ମି ପଲିସି ନବୀକରଣ କରାଯାଏ ।

ବୀମା ପରିଚୟ	DDMMYYYY	ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା)
------------	----------	---------------	-------------------------------

3. କଭରେଜ୍ ଚୟନ:

ଆଧାର କଭରେଜ୍:

#Policy ପ୍ରକାର:	<input type="checkbox"/> ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ <input type="checkbox"/> ଫ୍ୟାମିଲି ପ୍ଲାନ <input type="checkbox"/> ବହୁ ସଦସ୍ୟ ବିଶିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	<input type="checkbox"/> ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ <input type="checkbox"/> ପିଲାମାନେ
ଭାରିଆଣ୍ଡ:	<input type="checkbox"/> ସୁନା <input type="checkbox"/> Sapphire <input type="checkbox"/> ହୀରା <input type="checkbox"/> ପ୍ଲାଟିନମ୍ <input type="checkbox"/> ଟାଇଟେନିୟମ <input type="checkbox"/> ସୁନା+ <input type="checkbox"/> Sapphire+ <input type="checkbox"/> ହୀରା+ <input type="checkbox"/> ପ୍ଲାଟିନମ୍+ <input type="checkbox"/> ଟାଇଟେନିୟମ+ <input type="checkbox"/> Flexi
ଆଧାର ବୀମା ରାଶି:	_____
ନୀତି ଅବଧି:	<input type="checkbox"/> ୧ ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> ୨ ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> ୩ ବର୍ଷ

ବିକଳ କଭରେଜ୍:

1. ହସ୍ପିଟାଲର ନଗର ଚଳା	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		
2. ସୁରକ୍ଷିତ ରୁହନ୍ତୁ ^୧	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		
3. ସୁରକ୍ଷିତ+ ^୨	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		
4. ଦୟାକରି 'ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା କଭର' ଚୟନ କଲେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ (ଏହି ବିକଳ କେବଳ 18 ବର୍ଷ କିମ୍ବା ତା'ଠାରୁ ଅଧିକ ବୟସର ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ଉପଲବ୍ଧ)	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th colspan="6">ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର						1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର																			
1	2	3	4	5	6														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
5. ବାର୍ଷିକ ସମ୍ଭାବ୍ୟ କାଟିବା ବିକଳ:	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000 <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000																		
6. କୋ-ପେମେଣ୍ଟ	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%																		
7. ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ସଂଶୋଧନ	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ୪ ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> ୩ ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> ୨ ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> ୧ ବର୍ଷ																		
8. Room Type Modification	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ଷ୍ଟାଣ୍ଡାର୍ଡ ସିଙ୍ଗଲ ରୁମ୍ <input type="checkbox"/> ଅଂଶୀଦାର ରୁମ୍																		
9. ସୀମାହୀନ (ସହ-ଦେୟ ସହିତ)	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0%																		
10. ଭବିଷ୍ୟତ ପ୍ରସ୍ତୁତ	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		
11. କ୍ୟାସ୍-ବ୍ୟାନ୍	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		
12. WellConsult (OPD)	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ																		

ଆଡ୍-ଅନ୍:

1. ସ୍ମାର୍ଟ ହେଲ୍ଥ (ରୋଗ ପରିଚାଳନା) *ସମସ୍ତ ପ୍ରଭାବିତ ସଦସ୍ୟଗୋଟିଏ ଭାରିଏଣ୍ଟ ସୁନା କିମ୍ବା ପ୍ଲାଟିନମ୍ ଚୟନ କରନ୍ତୁ।	<input type="checkbox"/> ସୁନା <input type="checkbox"/> ପ୍ଲାଟିନମ୍ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. ସ୍ମାର୍ଟ ହେଲ୍ଥ ଆବୃତ୍ତ କେୟାର) *ପୁରୁଷ ମଧ୍ୟ ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରାଯାଇପାରିବ	<input type="checkbox"/> ଶ୍ରେଣୀ ପରାମର୍ଶ <input type="checkbox"/> ଶ୍ରେଣୀ ଯତ୍ନ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ ୫,୦୦୦ ଟଙ୍କା ୧୦,୦୦୦ ଟଙ୍କା ୧୫,୦୦୦ ଟଙ୍କା ୨୦,୦୦୦ ଟଙ୍କା <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. ବୁକ୍ ନଟ୍ରେ ଆଗେଇ ଯାଆନ୍ତୁ	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ												

#Family ସମସ୍ତ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ ଫ୍ଲୋଟର ବୀମା ରାଶି ସାଧାରଣ ଅଟେ । ଫ୍ଲୋଟର ର ଅର୍ଥ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ କିମ୍ବା ସାମୂହିକ ଭାବରେ ସମସ୍ତ ବୀମାଧାରୀ ଏହି ସୀମା କୁ ବାଧି କରିପାରିବେ । \$Either ସୁରକ୍ଷିତ କିମ୍ବା ସୁରକ୍ଷିତ ସ୍ଥାନ+ ଚୟନ କରାଯାଇପାରିବ

4. ପୋର୍ଟେବିଲିଟି

ନୀତି ନଂ	ବୀମା କମ୍ପାନୀ	ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବିପଦ ଶେଷ ତାରିଖ	ପୋର୍ଟେ ର କାରଣ

ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟାପାରୀଙ୍କ ନାମ ଯେଉଁମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ନାହିଁ ବର୍ଷ ବର୍ଷର ନିରନ୍ତର କରରେଇ ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଏ	ଅତୀତର ନାତିରେ ଦାବି	ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଣସି ଦାବି ବୋନସ୍ ନାହିଁ	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ 1 (ସବୁଠାରୁ ପୁରୁଣା)	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ 9	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୩	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୪ (ସମାପ୍ତ ପଲିସି)

୫. ନାମାଙ୍କନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଲେ, ପଲିସି ଅଧୀନରେ ବକେୟା କୌଣସି ଦେୟ ନିମ୍ନନାମିତ ନୋମିନିକୁ ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ହେବ। ନୋମିନିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏଭଳି ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତି ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀର ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବ।

ନୋମିନୀଟ ନାମ(ସମ୍ପାଦକ)	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନିଙ୍କ ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିମ୍ନଲିଖିତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିଙ୍କ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

ନୋମିନିଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦକ) _____ ଆକାରଣ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦକ) _____ ସମ୍ପର୍କ(ସମ୍ପାଦକ) _____ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ

ଆକାରଣ ନମ୍ବର _____ IFSC କୋଡ୍ _____

6. ଚିକିତ୍ସା, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ: ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ବିଭାଗରେ ଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ସତ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଦିଆଯାଇଛି କାରଣ ଆପଣ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରିଥିବା ସୂଚନା ଅଣଲିଖିତ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ପ୍ରାପ୍ତି ଆଧାର ହେବ। ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ୍, ଆଂଶିକ ସଠିକ୍ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଦାବି ଏବଂ/କିମ୍ବା କଭରେଜ୍ କୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିବ।

୩୫ ବର୍ଷ ବୟସ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ସବୁଠାରୁ ବଡ଼ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ

ବିଭାଗ A: ଆପଣ ଅର୍ଥ ନିଜେ ଏବଂ ଅନ୍ୟ ସମସ୍ତେ ଯେଉଁମାନେ ଏହି ଆବିଷ୍କୃତ ମାଧ୍ୟମରେ ଏହି ପଲିସି ଚାହୁଁଛନ୍ତି।										
			3	4	5			6		
1. ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ କୌଣସି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ କି? କ. କର୍କଟ/ଲିଭର/ହୃଦ୍‌ରୋଗ/ହୃଦ୍‌ଫାଲ୍‌ସ୍ଟ୍ରୋକ୍/ହୃଦ୍‌ଫାଲ୍‌ସ୍ଟ୍ରୋକ୍/ହୃଦ୍‌ଫାଲ୍‌ସ୍ଟ୍ରୋକ୍/ହୃଦ୍‌ଫାଲ୍‌ସ୍ଟ୍ରୋକ୍ ଖ. ହୃଦ୍‌ରୋଗ (ହୃଦ୍‌ଫାଲ୍‌ସ୍ଟ୍ରୋକ୍, ବାଲ୍‌ପାସ୍ ସର୍ଜରୀ ଇତ୍ୟାଦି) ଗ. ମୁଖ୍ୟ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା (କିଡ୍‌ନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସ୍‌ଫୁସ୍ ଇତ୍ୟାଦି) ଘ. କ୍ରୋନିକ୍ ଡିସଅର୍ଡର/ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍/ପାରାଲିସିସ୍ ଇ. କ୍ରୋନିକ୍ ଅବସ୍ଥୁକ୍ତି ପଲ୍ମୋନାରୀ ଡିଜିଜ୍ (ସିଡିପିଡି) / ପ୍ରୋଗ୍ରେସିଭ୍ ଫୁସ୍‌ଫୁସ୍ ରୋଗ ଏଫ୍ ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, କ୍ରୋନିକ୍ ଲିଭର ରୋଗ, କ୍ରୋନିକ୍ ରୋଗ, ଅଲ୍‌ସେରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍ ଜି. ଲୋହି ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା ଟାଇପ୍ ଏ ମଧୁମେହ		N		N		N		N		N
2. ଆପଣଙ୍କର ମଧୁମେହ ଅଛି କି?		N		N		N		N		N
ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି 3.00?		N		N		N		N		N
4. କେବେ ଏପରି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ହୋଇଛନ୍ତି ଯାହାର ଏକ ସପ୍ତାହରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ ଥିଲା?		N		N		N		N		N
5. କେବେ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରାଯାଇଛି କି? କିମ୍ବା କାହାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦେବେ?		N		N		N		N		N
6. ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଫଲୋଅପ୍ ଅଧୀନରେ କିମ୍ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଅପେକ୍ଷାରେ ଅଛନ୍ତି କି?		N		N		N		N		N

ବିଭାଗ ବି: ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ଉପରୋକ୍ତ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର 'ହ' ଅଟେ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୧	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୨	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୩	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୪	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୫	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର ୬
1. ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ଏବଂ କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ନାମ?						
2. ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ? ବର୍ଷ ଓ ମାସ						
3. ସାମ୍ପ୍ରତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତି?						

୩୫ ବର୍ଷରୁ ଅଧିକ ବୟସ୍କ ସ୍ୱସ୍ୱୟଂକ ପାଇଁ

ବିଭାଗ A: ଦୟାକରି ଚିକିତ୍ସା ଅବସ୍ଥା ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ										
ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ । ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ସର୍କଳ କରନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର									
	1	1	2							6
i. ସାଧାରଣ ଶ୍ୱାସ, ଫୁଲ, ସଂକ୍ରମଣ, ସାମାନ୍ୟ ଆଘାତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ସାମାନ୍ୟ ରୋଗ ବ୍ୟତୀତ; ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ଏବଂ/କିମ୍ବା ୫ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ଏବଂ/ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦେଇଛନ୍ତି କି/ କିମ୍ବା କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଛନ୍ତି/ ୧୪ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ଥିଲେ? ଔଷଧ କେବଳ ଇନ୍ଫ୍ଲୁଏନ୍ସା, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ, ମୌଖିକ ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀରର ଅଙ୍ଗରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
ii. ଆଇରଏଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଟ୍ରେକ୍ସିଲ୍ ପରୀକ୍ଷା, ଆଞ୍ଜିଓଗ୍ରାଫି, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏକ୍ସୋସୋପି, ଅଲଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମ୍ଆଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫ୍ଏନ୍ଏସି ସମ୍ପର୍କୀୟ କୌଣସି ଡାଇଗ୍ନୋଷ୍ଟିକ୍ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
iii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି ସେ କେବେ ଭଲ ରକ୍ତ ଶର୍କରା ରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
iv. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ଭଲ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଭଲ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
v. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ବ୍ୟାଧି କିମ୍ବା ଏଡ୍ଆଇଭି / ଏସ୍ପି ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
vi. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ ମାନସିକ ରୋଗ ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N
vii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଡାକ୍ତରଖାନାର ଦୈନିକ ନିର୍ବାହ ଟଙ୍କା କିମ୍ବା ଜଟିଳ ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ କେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ଼ କିମ୍ବା କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବାଦ୍ ଦେବା ଭଳି କୌଣସି ବିଶେଷ ସତର୍କ ସମ୍ପର୍କୀୟ ହୋଇଛି କି?	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N	୧୦୦	N

ବିଭାଗ B: (ଦୟାକରି କେବଳ ଏହି ବିଭାଗ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଆବେଦନକାରୀ ଧୂମପାନ କରନ୍ତି କିମ୍ବା ତମାଖୁ / ଗୁଣ୍ଡା / ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ୍ୟ ପାନ କରନ୍ତି)	i. ଚବାଇବା ଯୋଗ୍ୟ ତମାଖୁ / ଗୁଣ୍ଡା / ପାନ ମସଲା । ଯଦି ହ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ପାଉଁର ସଂଖ୍ୟା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		ii. ମଦ୍ୟ ପାନ । ଯଦି ହ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ ସଂଖ୍ୟା ମିଲି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		iii. ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାରେଟ୍ । ଯଦି ହ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ବ୍ୟବହାର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		
	1-10	> ୧୦	<= 450	> ୪୫୦	ଦୈନିକ ପାନୀୟ	1-10	> ୧୦
ଆବେଦନକାରୀ ୧							
ଆବେଦନକାରୀ ୨							
ଆବେଦନକାରୀ ୩							
ଆବେଦନକାରୀ ୪							
ଆବେଦନକାରୀ ୫							
ଆବେଦନକାରୀ ୬							

ସମସ୍ତ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ପାଇଁ

ବିଭାଗ C: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ହଁ (Y) ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ:										
ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ଲକ୍ଷଣ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ				ଅବସ୍ଥାର ଅବଧାନ(ସମ୍ପାଦନା)	ଔଷଧ(ସମ୍ପାଦନା)	ମାତ୍ରା(ସମ୍ପାଦନା)	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ସ୍ଥିତି (ଉପାଦାନ ଶୁଣ୍ଠି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁଦ୍ଧାର ବିଧିଗତ/ଅନୁପାଳନ)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ	ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଦସ୍ତାବିଜ (ହ/ନା)
	ଯଦି ତାଏ-ବେଟିସ୍ ଏବଂ ବିଏସି	ଯଦି ଭଲ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ଲେଉଟ		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ						
		Systolic	Diastolic							

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍‌ଲନ୍‌ସ୍‌ସ୍‌କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ ଅଫିସ୍:- ସି-୯୮, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪
ଡିଭିଜନ୍: ବୀମା ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ। ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍‌ଲନ୍‌ସ୍‌ସ୍‌କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍‌ଲନ୍‌ସ୍‌ସ୍‌କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫)। 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଟବିଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡ୍‌ମାର୍କ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍‌ଲନ୍‌ସ୍‌ସ୍‌କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଉଛି। ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍‌ଲନ୍‌ଲାଇନ୍: ୧୮୭୦-୫୦୦-୮୮୮୮। ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com | ସିଆଇଏନ୍: U66000DL2008PLC182918। ସର୍ଭିସ୍, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, କ୍ଲେମ୍‌ସ୍ ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତକକୁ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ।

ଉପାଦାନ ନାମ: ଆସ୍ତାୟାର, ପ୍ରତ୍ୟେକ ମୁଦ୍ରା: **NBHHLIP24129V012324** | ଆଡ-ଅନ ନାମ: ସ୍ୱାର୍ଟ ହେଲ୍‌ସ୍, ଆଡ-ଅନ ମୁଦ୍ରା: **NBHHLIA22164V012122**
ଆଡ-ଅନ ନାମ: ଫାଷ୍ଟ ଫରଗେଟ୍, ଆଡ-ଅନ ମୁଦ୍ରା: **NBHHLIA24126V012324**

କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆସ୍ତାୟାର ନଂ:

କମ୍ପାନୀ ନାମ:

ତେଜ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ ହେବା ପ୍ରସ୍ତୁତ ରାଶିର ଚଳାକାଉଁଟି
ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ । ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଦେୟ ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି
କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, ଯାହା ନିଷ୍ପତ୍ତି ଆମର ଏକମାତ୍ର ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବେକରେ ଅଛି ଏବଂ ସର୍ବଦା ରହିବ । ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରୁ, ତେବେ
ଏହା ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ପ୍ରତିମାତ୍ର ଆମ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ
ଭାବରେ ଏବଂ ଠିକ୍ ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଏ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ ଆମର କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ରହିବ ନାହିଁ । ଯଦି ଆମେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁନାହିଁ, ତେବେ ଆମେ
ଆପଣଙ୍କୁ ଜଣାଇବା ଏବଂ ବିନା ସୁଧରେ ଆପଣଙ୍କ ଠାରୁ ମିଳିଥିବା ଡାକ୍ତରୀ ପରାମର୍ଶ ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ।

ରିସିଭରଙ୍କ ନାମ ଓ ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍