

URN: 026

ବୀମା ଦୁର୍ଘଟ ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଦୃଷ୍ଟି ଏବଂ ଏହା ପୁସ୍ତକ ଏବଂ ଆମେ ବିଶ୍ୱାସ ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ ଆଧାରିତ । ଆମେ ବୁଝିପାରୁଛୁ ଯେ ଆପଣ ଜାଣିନଥିବେ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟରେ ସୂଚନା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ଏବଂ ଏହା ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ । ତେଣୁ ଏହା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯେ ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଆମେ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବୁ ଯେ ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ (ଆମେ ଏହାକୁ 'ଭୌତିକ ଚିପ୍ୟ' କହିଥାଉ) । ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାଟଲ କରୁଛୁ, କୌଣସି ଦାବି ଦେବୁ ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ଯଦି ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିଷୟରେ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାନଯାଏ ତେବେ ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୁବିଧା ପୁନରୁଦ୍ଧାର ସମେତ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଆଇନଗତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ନେବାର ଅଧିକାର ରହିବ । ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପରେ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ କଭରେଜ୍ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

Form fields for personal information: DOB, ଲିଙ୍ଗ, ପୁରୁଷ/ମହିଳା, ଅନ୍ୟମାନେ, ଗାଡ଼ାୟତା[ସମ୍ପାଦନା], ଲିଙ୍ଗ, ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ[ସମ୍ପାଦନା], ସହର, ଜିଲ୍ଲା, ରାଜ୍ୟ ସରକାର, ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ପରିଚୟ ନମ୍ବର, ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ ନମ୍ବର, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର, ଇମେଲ୍ ଆଇଡି, ପ୍ୟାନ ନମ୍ବର, ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା), CKYC ନମ୍ବର, ବୃତ୍ତି[ସମ୍ପାଦନା], ବେତନଭୋଗୀ, ସ୍ୱୟଂ ନିଯୋଜିତ, ଛାତ୍ର, ଗୃହିଣୀ, ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦେଶ କରନ୍ତୁ, ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରାଯାଇଛି, ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ

ମୁଁ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ କମ୍ପାନୀକୁ ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ନୀତି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ପର୍କୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ପ୍ରେରଣ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇ କାର୍ଗଜ ସମ୍ପର୍କ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି?
ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମ ାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଜା କୁପା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ / କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ (ଆଇଇ) / ସହଯୋଗୀକୁ ସ୍ୱାଗତ କଲୁ / ଏସଏମଏସ, ସେବା କଲୁ / ଏସଏମଏସ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାର୍ଷିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ଏସଏମଏସ / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ସ୍ୱାଭିପ୍ତ / ଫେସ୍‌ବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇଛି ।

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସି ପିଇପି ଅଟନ୍ତି କି?#? ହଁ ନାହିଁ
#Politically ପ୍ରକାଶିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ହେଉଛି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନେ ପ୍ରମୁଖ ସର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀ, ଦଳୀୟ ରାଜନେତା, ଦଳିୟ ସରକାର, ନ୍ୟାୟ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କର୍ମଚାରୀ ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ ଅଟନ୍ତି । ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଚିକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୂର୍ବ ପିଇପି ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା], ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର, ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା], ସଞ୍ଚୟ[ସମ୍ପାଦନା], ସମ୍ପତ୍ତି, ଶାଖା, ସହର, IFSC କୋଡ୍

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ (ଇଆଇଏ)ର ବିବରଣୀ
ଆପଣ ଏହି ପଲିସିକୁ ଏକ eIAରେ ଜମା କରିବାକୁ ଚାହାଁନ୍ତି କି? (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ)
ନା, ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ
ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ଲେଡିଟ୍ କରନ୍ତୁ

ଦୟାକରି ବୀମା ଉତ୍ସାର ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)
M/s NSDL Database Management Limited ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍
ମେସର୍ସ କାର୍ଡ ଇନସୁରାନ୍ସ 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 ଅଗ୍ରହୀ
(ଦୟାକରି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କାର୍ଗଜପତ୍ର ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ବୀମା ଖାତା ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (ଇଆଇଏ ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ) ।

ନବୀକରଣ ଦେଇ ସାଇନ୍ ଅପ:
ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରତିବର୍ଷ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନ ସ୍ୱୟଂଚାଳିତ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ଏସିଏସ୍) / ସ୍ଥାୟୀ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ଏସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରିବ । ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅଧୀନରେ, ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ତୁରନ୍ତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ ଆପଣ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ାୟ ସୂଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ
ମୁଁ ଏସିଏସ୍ / ଏସଆଇ ନବୀକରଣ ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।

Form fields for date and signature: DOB, ସ୍ୱାଗତ[ସମ୍ପାଦନା], ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

2. ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ଆବେଦନକାରୀ ୧

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଆବେଦନକାରୀ ୨

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଆବେଦନକାରୀ ୩

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଆବେଦନକାରୀ ୪

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଆବେଦନକାରୀ ୫

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଆବେଦନକାରୀ ୬

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭବତ୍ୟ[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚି) ଡେନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M - - - - - ଦୟାକରି ଚିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ _____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଚିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର _____

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] _____

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା] _____

• ପ୍ରିମିୟମ ଉପରେ ୫% ରିହାତି ମିଳିବ । ମେଡିକାଲ ପ୍ରେକ୍ଟିସନର ଅର୍ଥ ହେଉଛି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ରାଜ୍ୟ କିମ୍ବା ମେଡିକାଲ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ କିମ୍ବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଫର୍ ଇଣ୍ଡିଆନ ମେଡିସିନ କିମ୍ବା ଭାରତ ସରକାର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ଥାପିତ ହୋଇଥିବା ପାଇଁ ବୈଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ ରଖିଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଜ ଅଧୀନରେ ଔଷଧ ଅଭ୍ୟାସ କରିବାର ଅଧିକାର ରଖିଛନ୍ତି; ଏବଂ ତାଙ୍କ ଲାଇସେନ୍ସର ପରିସର ଏବଂ ଅଧିକାର ମଧ୍ୟରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି ।

3. କଭରେଜ୍ ଚୟନ:

ଆଧାର କଭରେଜ୍:	
ନୀତି ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା):	<input type="checkbox"/> ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ <input type="checkbox"/> ବହୁ-ସଦସ୍ୟ ବିଶିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	_____ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ _____ ପିଲାମାନେ
ଆଧାର ବୀମା ରାଶି:	_____
ନୀତି ଅବଧି:	<input type="checkbox"/> ୧ ବର୍ଷ
ବିକଳ କଭରେଜ୍:	
1. ସୁରକ୍ଷିତ ରୁହନ୍ତୁ	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
2. ସୁରକ୍ଷିତ+	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
3. ଦୟାକରି 'ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ପୁର୍ଯ୍ୟଟଣା କଭର' ଚୟନ କଲେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ (ଏହି ବିକଳ କେବଳ 18 ବର୍ଷ କିମ୍ବା ତା'ଠାରୁ ଅଧିକ ବୟସର ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ଉପଲବ୍ଧ)	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ

4. ପୋର୍ଟିଂ ବିଲିଟି

ନୀତି ନଂ	Insurance କମ୍ପାନୀ Risk ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବିପଦ ଶେଷ ତାରିଖ	Reasons for Porting

ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରକ ହାତ ଯେଉଁମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୋର୍ଟିଂ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	କୌଣସି ବର୍ଷର ନିରନ୍ତର କଭରେଜ୍ ନାହିଁ ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟିଂ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଏ	ଅତୀତର ନୀତିରେ ଦାବି	ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଣସି ଦାବି ବୋନସ୍ ନାହିଁ	ବୀମା ରାଶି -ବର୍ଷ 1 (ସବୁଠାରୁ)	ବୀମା ରାଶି- ବର୍ଷ ୨	ବୀମା ରାଶି -ବର୍ଷ ୩	ବୀମା ରାଶି -ବର୍ଷ 4 (ସମାପ୍ତି 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 ।

ନୋମିନିଟ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନିର ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିଯୁକ୍ତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିଙ୍କ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

6. ଚିକିତ୍ସା, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ବିଭାଗ ଏ: ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସମ୍ପର୍କରେ:												
ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଡାକ୍ତରଖାନାର ଦୈନିକ ନଗଦ ଟଙ୍କା କିମ୍ବା ଜଟିଳ ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ଆବେଦନ ପ୍ରକ୍ରିୟାଗାଲିଛି କି କିମ୍ବା କେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ଼ ହୋଇଛି କିମ୍ବା କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତାବଳୀରେ କରାଯାଇଛି କି?												
ଧାରା ବି: ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି କେବେ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କରିଛନ୍ତି କି:												
i. ହୃଦ୍‌ଘାତ, ହୃଦ୍‌ଘାତ, ଇସ୍କେମିକ୍ ହୃଦ୍‌ରୋଗ ବା କୋରୋନାରୀ ହୃଦ୍‌ରୋଗ, ଏନଜାଇନା, ହାର୍ଟ ଭାଇ, ଏରିଥମିଆସ, କାର୍ଡିଓମାୟୋପାଥ୍‌ ଇତ୍ୟାଦି ହୃଦ୍‌ରୋଗ ।												
ii. ଯେକୌଣସି ଅଙ୍ଗର ଟ୍ରାନ୍ସପ୍ଲାଣ୍ଟ ବା କର୍କଟ, ଲିଭର, ଲିମ୍ଫୋମା, ସାର୍କୋମା												
iii. ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା ବା ପ୍ରତିରୋଧକ (ବୃକ୍କ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସଫୁସ ଇତ୍ୟାଦି)												
iv. ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍, ଏନସେଫାଲୋପାଥ୍, ମସ୍ତିଷ୍କ ଫାଟ, ପାର୍କିନ୍ସନ୍ ରୋଗ, ମଲ୍ଡିପଲ୍ ସ୍କେଲେରୋସିସ୍, ମୋଟର ନ୍ୟୁରୋନ୍ ରୋଗ, ମାଂସପେଶୀ ଡିଷ୍ଟ୍ରୋଫି, ଆଲଜାଇମର୍ ରୋଗ କିମ୍ବା କୌଣସି ସ୍ନାୟୁକି ରୋଗ												
v. କ୍ରନିକ୍ ଫୁସଫୁସ ରୋଗ, ପଲମୋନାରୀ ଫାଇବ୍ରୋସିସ୍, ଫୁସଫୁସ ଭୁଣ୍ଡିବା କିମ୍ବା ଇଣ୍ଟରଷ୍ଟିସିଆଲ୍ ଫୁସଫୁସ ରୋଗ (ଆଇଏଲଡି)												
vi. ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, କ୍ରନିକ୍ ଯକୃତ ରୋଗ, ଅସ୍ପାଣ୍ଡୟ ଏବଂ ଅସ୍ପାଣ୍ଡୟର ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ରୋଗ, କ୍ରୋନ ରୋଗ, ଅଲସେରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍												
vii. ୧୦ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି												
viii. ଲଗାତାର ୧୦ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଔଷଧ/ଚିକିତ୍ସା ନେଇଛନ୍ତି କି? ନିୟନ୍ତ୍ରିତ ମଧୁମେହ, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ଉଚ୍ଚ କୋଲେଷ୍ଟେରଲ୍, ହାଇପୋଥାଇରଏଡିଜିମ୍, ସାଧାରଣ ଅଣ୍ଡା, ଫୁଲ୍, ଡାଇରିଆ ଏବଂ ଡାଇସେଣ୍ଟରୀ/ ଆକ୍ୟୁଟ୍ ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଏଣ୍ଟେରାଇଟିସ୍, ଏସିଡିଟି ବ୍ୟତୀତ ଔଷଧ କେବଳ ଇନ୍‌ଟେନ୍ସିଭ୍, ଇଣ୍ଟେନ୍ସିଭ୍, ମୁଖ୍ୟ ଔଷଧ ଏବଂ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।												
ix. ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା, ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି												
x. ଅତୀତରେ ହୋଇଥିବା କୌଣସି ରୋଗ ପାଇଁ କୌଣସି ନିୟମିତ/ ନିୟମିତ ଫଲୋଅପ୍ ଅଧୀନରେ, ଭଲ ହେଉ କି ନାହିଁ? ଫଲୋଅପ୍ ଅର୍ଥ ସମୟକ୍ରମେ ପରାମର୍ଶ, ଅନୁସନ୍ଧାନ ଇତ୍ୟାଦି												
xi. ଗତ ୩୦ ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ବର୍ତ୍ତମାନ ହୋଇଥିବା ସମସ୍ୟା ପାଇଁ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସହ କୌଣସି ପରାମର୍ଶ କିମ୍ବା କୌଣସି ପରାମର୍ଶ କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି?												
xii. ଇନସୁଲିନ୍ ଉପରେ ମଧୁମେହ, ଅନିୟନ୍ତ୍ରିତ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ												
xiii. କୌଣସି କ୍ରନିକ୍ କିଡନୀ ରୋଗ												
xiv. ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗର ଅସ୍ୱାଭାବିକତା ସହିତ ଜଡ଼ିତ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ ରୋଗ												
xv. ଏବ୍ ଆଇଭି/ଏଡ୍ ସ, ଆଲସେସିମିଆ, ସିକଲ୍ ସେଲ୍ ରୋଗ, ହିମୋଫିଲିଆ କିମ୍ବା ଆଇଭିଏ ଅଭାବ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସମସ୍ୟା ।												
xvi. ମାନସିକ/ମାନସିକ ରୋଗ ନା ନିଦ୍ରା ବିକାର?												

ବିଭାଗ C: ବିଭାଗରେ ହିଁ (Y) ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ												
B, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦେଶ କରନ୍ତୁ:												
ଆବେଦନକାରୀ ନାମ	ଲକ୍ଷଣ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ				ଅବସ୍ଥାର ଅବଧୂସ୍ତାପନା	ଔଷଧ[ସମ୍ପାଦନା]	ମାତ୍ରା[ସମ୍ପାଦନା]	ସାମ୍ପ୍ରତିକ କ୍ଷିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁଦ୍ଧାର କିମ୍ବା ଚାଲିଥିବା ଚିକିତ୍ସା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ	ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଦସ୍ତାବିଜ (ହିଁ/ନା)		
	ଯଦି ଡାଏ-ବେଟିସ୍ ଏବଂ ବିଏସି	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ସ୍ତର		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ							ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (DD/MM/YYYY)	
Systolic		Diastolic										

7. ଘୋଷଣାପତ୍ର (ଦୟାକରି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଉପରେ ଏକ ଟେକ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)

- ମୁଁ ମୋ ଚରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକାରପ୍ତ ।
ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ଵାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଟରାଇଲଟିଂ ପଲିସି ଉପରେ ନିର୍ଭର କରେ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଚାର୍ଜିଂସ୍କେଲ ର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିଛି କମ୍ପାନୀ ଦ୍ଵାରା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ କୁ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି ।
ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ମତ ଜଣାଉଛି ଯିଏ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନର ନିୟୁତ୍ତବାଚାଳ ଠାରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ବ୍ୟକ୍ତିର ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ବିଷୟରେ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ମାଗିଛନ୍ତି ଏବଂ କୌଣସି ବୀମାକର୍ତ୍ତାଠାରୁ ସୂଚନା ଚାହୁଁଛି, ଯାହାକି ନିକଟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନକୁ ଅଣଲିଖିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।
ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ/କିମ୍ବା ନିୟମାବଳୀ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷକ ସହ ଅଣଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଅନ୍ତର୍ଭାବ କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।

ନାମ: [D D M M - - - -] ସ୍ଥାନସମ୍ପର୍କ: _____ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନ] []

୮. ସ୍ଥାନୀୟ ଘୋଷଣା

(ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି (କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ସାକ୍ଷୀ ହେବେ)। ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଏବଂ ଏହାର ବିବରଣୀ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି:

ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: [] ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ: [] ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: []
ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନ]: [] ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନ] ସାକ୍ଷୀ: [] ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: []
ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନ] ପ୍ରସ୍ତାବକ: []

୯. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଘୋଷଣା

(ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଯେଉଁଠାରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାଗଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ)। ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଏବଂ ସଂଯୋଜିତ ଦସ୍ତାବିଜର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ରୁକ୍ତିର ମହତ୍ତ୍ଵକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶରେ _____ ଦ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନ] []

10. ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ [] ଟେକ୍ [] ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ [] କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ / ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ [] ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଂ [] କ୍ୟାଶର୍ସ []
ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି [] ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ କାରବାର ଆଇଡି: []
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ଶାଖା [] Nivaupa ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ []
କୋଡ୍ ନଂ. [] ଉପସ୍ଥିତ ବ୍ୟବସାୟ: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ୍ / ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ
କୋଡ୍ ନଂ []
ଗମ୍ଭୀରତା []
ଏଥିରେ ମିଳିଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ: [] ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି: []
ପ୍ରସ୍ତାବକ ନା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ? [] ହଁ [] ନାହିଁ

11. କେବଳ ବାକାସୁରାକୃତ୍ୟାନେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍ ଏସ୍ ପି କୋଡ୍ [] [] RM/LG କୋଡ୍ []
Customer account ନମ୍ବର []

12. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ମୁଁ, ଜଣେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ ଏଜେଣ୍ଟର ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ବ୍ୟକ୍ତି / ବ୍ରୋକର / ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଅନୁମତି କର୍ମଚାରୀ ଭାବରେ, ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି, ଯେଉଁଥିରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରକୃତ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଛି, ଯେଉଁଥିରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ତାଙ୍କୁ ଦ୍ୱାରା ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ବିବୃତି (ଗୁଡ଼ିକ), ସୁଚନା ଏବଂ ଉତ୍ତର (ଗୁଡ଼ିକ) ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ । କମ୍ପାନୀ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ଚୁକ୍ତିର, ଯଦି ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ ପଲିସି ଜାରି କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରହଣ କରାଯାଏ ।

ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସ୍ପଷ୍ଟ କରିଛି ଯେ ଯଦି କୌଣସି ଅସତ୍ୟ ବିବୃତି (ଗୁଡ଼ିକ) / ସୁଚନା / ପ୍ରତିକ୍ରିୟା (ଗୁଡ଼ିକ) ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଛି / ସଂଯୋଜିତ (ଗୁଡ଼ିକ), ସତ୍ୟପାଠ, ବିବୃତି, ଦାଖଲ, ଦାଖଲ / ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଏହାଠାରୁ ଅଧିକ ଯଦି କୌଣସି ବିଷୟବସ୍ତୁଗତ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ ନହୁଏ, ତେବେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁଯାୟୀ ତାଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ନୀତିକୁ କମ୍ପାନୀ ଅବୈଧ ଏବଂ ଅବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରିପାରେ ଏବଂ ନୀତି ଅଧୀନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ କମ୍ପାନୀକୁ ଜବତ କରାଯାଇପାରେ ।

ନିର୍ଦ୍ଦେଶକଙ୍କ ନାମ:

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

୧. କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସଂରକ୍ଷଣ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭବରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ଅଫର କରିପାରିବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ବର୍ଣ୍ଣାୟାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ଅଂଶ କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟେ । କିମ୍ବା କୌଣସି ନୀତି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରସ୍ତେଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଟେବୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

୨. ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କୁ ପାଳନ କରିବାରେ ଅବହେଳା କରନ୍ତୁ ତେବେ ତାଙ୍କୁ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜରିମାନା ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ ।

14. ଗ୍ରାମୀଣ ଏବଂ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ଶ୍ରେଣୀ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ହୁଏ):

ଆଶା କର୍ମୀ ମନରେଗା ଶ୍ରମିକ

14. ABHA ID

ସହଯୋଗ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?			ABHA ID	ଏବିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ନିଯିଏ ସହିତ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ବାକି ଫୋରସ୍ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ: ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା]

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରପୋଲିସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍, ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ- ସି-୯୮, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪
 ଅଧିକାର: ବୀମା ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ଅଟେ । ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରପୋଲିସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମାଧ୍ୟମ ବୁପା ହେଲ୍ଥକରପୋଲିସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫) । 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାତବିତ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ରେଜିଷ୍ଟର ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରପୋଲିସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଛି । ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥଲାଇନ୍: ୧୮୨୦-୫୦୦-୮୮୮୮ । ୱେବସାଇଟ୍: www.niva-bupa.com । ସିଆଇଏନ୍: **U66000DL2008PLC182918** । ସର୍ଭିସ୍, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତ୍ୟାକ୍ଷ ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତିକାକୁ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ ।

This Space Has Been Left Blank Intentionally.

