



ବୀମା ନଂ-୨	ନାମାସମ୍ପାଦନା			ଜନ୍ମ ତାରିଖ (ଦି/ମା/ବର୍ଷ)	ଉଚ୍ଚତା (ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ (କେଜି)	ଅଣ୍ଟା (ଇଞ୍ଚ)
	ଲିଙ୍ଗ (M/F)	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ବୃତ୍ତି:	ଶିକ୍ଷା:	ବିପଦ ଶ୍ରେଣୀ*		
ବୀମା ନଂ-୩	ନାମାସମ୍ପାଦନା			ଜନ୍ମ ତାରିଖ (ଦି/ମା/ବର୍ଷ)	ଉଚ୍ଚତା (ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ (କେଜି)	ଅଣ୍ଟା (ଇଞ୍ଚ)
	ଲିଙ୍ଗ (M/F)	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ବୃତ୍ତି:	ଶିକ୍ଷା:	ବିପଦ ଶ୍ରେଣୀ*		
ବୀମା ନଂ-୪	ନାମାସମ୍ପାଦନା			ଜନ୍ମ ତାରିଖ (ଦି/ମା/ବର୍ଷ)	ଉଚ୍ଚତା (ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ (କେଜି)	ଅଣ୍ଟା (ଇଞ୍ଚ)
	ଲିଙ୍ଗ (M/F)	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ବୃତ୍ତି:	ଶିକ୍ଷା:	ବିପଦ ଶ୍ରେଣୀ*		

ବିଷୟ-ସମ୍ପର୍କିତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ଉପରେ ୫୦% ଲୋଡ଼ି ରହିବ । ପଲିସିଆରମ୍ଭକ ବୃତ୍ତି ଆଧାରରେ କେବଳ ଦୁର୍ଘଟଣାକେୟାର କରାଯିବ ନାହିଁ ।

**4. ନାମାକରଣ (ପ୍ରାଥମିକ ବୀମା ପାଇଁ)**

ନାମାକରଣ ନାମାସମ୍ପାଦନା	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନୀର ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିୟୁତ୍ତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିକ୍ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)
			ଠିକଣା ପୃଷ୍ଠା ନଂ.	

ନୋମିନି ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମାସମ୍ପାଦନା: \_\_\_\_\_ ଶାଖା: \_\_\_\_\_ IFSC କୋଡ୍: \_\_\_\_\_

ସହର: \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା): \_\_\_\_\_ ସମ୍ପ୍ରତି: \_\_\_\_\_

**5. ଡାକ୍ତରୀ ଇତିହାସ[ସମ୍ପାଦନା]**

ବିଭାଗ A: ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା

କ୍ରିଟିକେୟାର ଏବଂ/କିମ୍ବା ହୋସ୍ପିଟାଲ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉତ୍ତର ଦିଆଯିବ । ଯଦି କେବଳ ଦୁର୍ଘଟଣାକେୟାର ଚୟନ କରାଯାଇଛି, ଦୟାକରି କେବଳ Q1 ର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ ।	ବୀମା ନଂ. (ଦୟାକରି ଆବେଦନକାରୀ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିରୋଧରେ ହ/ନା ହିସାବରେ ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ)			
	1	2	3	4
1. ଆପଣ ଉତ୍ତମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଅଛନ୍ତି କି ଏବଂ/କିମ୍ବା ଜନ୍ମ ପରଠାରୁ କିମ୍ବା ପରେ କୌଣସି ମାନସିକ / ଶାରୀରିକ ଦୁର୍ଘଟଣା ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିକୃତି ଏବଂ/କିମ୍ବା ଅକ୍ଷମତାରେ ପୀଡ଼ିତ ହୁଅନ୍ତି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
2. ଆପଣଙ୍କ ଦୈନିକ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିଥିବା କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ 7 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପାଇଁ ଶଯ୍ୟା ବିଶ୍ରାମ କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
3. ଆପଣ 5 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଅସୁବିଧା / ଲକ୍ଷଣରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ଯାହା ପାଇଁ ଆପଣ କୌଣସି ପରାମର୍ଶ ନେଇନାହାନ୍ତି କିମ୍ବା ଏହା କରିବାକୁ ଯୋଜନା କରୁନାହାନ୍ତି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
4. ଆପଣଙ୍କୁ କେବେ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ଦୈନିକ ଭିତରେ 7 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ କିମ୍ବା ସାପ୍ତାହିକ କିମ୍ବା ମାସିକ ଭିତରେ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ଔଷଧ ରେ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
5. ଆପଣଙ୍କୁ କେବେ ନିମ୍ନଲିଖିତ କୌଣସି ଯାଞ୍ଚ କରାଯାଇଛି କି କିମ୍ବା ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି (ନିୟମିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ ବ୍ୟତୀତ): ଚିଏମଟି, ଆକ୍ସିଓଗ୍ରାଫି, ଲକୋ କାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏକୋସୋପି, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମଆରଆଇ, ଏଫଏନଏସି, ବାୟୋପ୍ସି ଇତ୍ୟାଦି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
6. ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କିମ୍ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିବାକୁ ଯୋଜନା କରୁଛନ୍ତି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
7. ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଏବଂ/କିମ୍ବା ମଧୁମେହ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ କୋଲେଷ୍ଟ୍ରଲ ଏବଂ/କିମ୍ବା ହୃଦ୍ ସମସ୍ୟା ଏବଂ/କିମ୍ବା ଆଲରଗିକ୍ ସମସ୍ୟା ଅଛି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
8. ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ପ୍ରକାର କର୍କଟ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି? ନିୟମିତ ସ୍ତନିଂ ବ୍ୟତୀତ ସମସ୍ୟା କର୍କଟ ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟକୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିବା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ କେବେ କୌଣସି ସ୍ତନିଂ କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
9. ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ତମାଖୁ ସମସ୍ୟା ଦ୍ୱାରା ସିଗରେଟ୍ / ଗୁଣ୍ଠା-ପାନ କିମ୍ବା ମଦ ଂପାନ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟ ଦୈନିକ କିମ୍ବା ସାପ୍ତାହିକ ଭିତରେ ଏକ ମାସରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ସେବନ କରୁଛନ୍ତି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ମହିଳାଙ୍କ ଜୀବନ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉତ୍ତର ଦିଆଯିବ:

10. ଆପଣ ସମ୍ପ୍ରତି ଗର୍ଭବତୀ ଅଛନ୍ତି କି ଏବଂ/କିମ୍ବା କୌଣସି ପ୍ରକାରର ପ୍ରଜନନ ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଛି / କିମ୍ବା ସିଜେରିଆନ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଦ୍ୱାରା ଜନ୍ମ ଦେଇଛନ୍ତି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
11. ସ୍ତନ, ରକ୍ତସ୍ରାବ ଚକ୍ର, ଗର୍ଭଧାରଣ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ଏବଂ/କିମ୍ବା ନିୟମିତ ପରୀକ୍ଷା ବ୍ୟତୀତ ପିଏପି ସ୍କିନିଂ, ମେନୋଗ୍ରାମ ସହିତ ଜଡ଼ିତ କୌଣସି ସ୍ତ୍ରୀ ରୋଗଜନିତ ଜଟିଳତା କେବେ ହୋଇଛି କି?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

ବିଭାଗ B: (କେବଳ କ୍ରିଟିକେୟାର ଏବଂ/କିମ୍ବା ହୋସ୍ପିଟାଲ ପାଇଁ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯଦି Q1 ର ଉତ୍ତର 'ନା' ଭାବରେ ଦିଆଯାଏ ଏବଂ/କିମ୍ବା ବିଭାଗ A ରେ Q2 ରୁ Q11 ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ 'ହ' ଭାବରେ ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଏ / ଦିଆଯାଏ । ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର / ଔଷଧ / ପରୀକ୍ଷା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର / ଆପାତ / ଭିକ୍ଷଣ / ବିକୃତି / ଦୁର୍ଘଟଣାର ନାମ ଏବଂ ବିବରଣୀ ।

ବୀମା ନଂ.	ଡାକ୍ତରୀ ପ୍ରମାଣ ନଂ.	ରୋଗର ପ୍ରକାର(ସମ୍ପର୍କୀତ)	ସଠିକ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ଓ ଅନୁସମ୍ପାଦନ କରାଯାଇଛି	ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ତାରିଖ	ପରାମର୍ଶ ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା)	ଚିକିତ୍ସା ର ବିବରଣୀ / ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ଇତିହାସ	ଡାକ୍ତର ଏବଂ ଡାକ୍ତରଖାନାମା ଏବଂ ଫୋନ୍ ନଂ. ଏବଂ ଏଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି କି ନାହିଁ

(ଯଦି ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦେବା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ ଅତିରିକ୍ତ ସ୍ଥାନ ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ, ଦୟାକରି ଅତିରିକ୍ତ କାଗଜ ପତ୍ର ସଂଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଅତିରିକ୍ତ ସିଟ୍ ରେ ସେହି ପ୍ରଶ୍ନ ନମ୍ବର ସୂଚିତ କରନ୍ତୁ ଯାହାକୁ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି।

ବିଭାଗ ସ: \_\_\_\_\_

ଫୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି / ପ୍ରସ୍ତାବକ ଜଣେ ରାଜନୈତିକ ଭାବରେ ଉଲ୍ଲୋଚିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) କି?  ହଁ  ନାହିଁ

(ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପିଇପି ପ୍ରସ୍ତାବକୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

ଭୁରତ ଏବଂ/କିମ୍ବା ବିଦେଶରେ କୌଣସି ଅପରାଧକ କାର୍ଯ୍ୟାତ୍ମକ ଅଧୀନରେ ଦୋଷୀ ସାବ୍ୟସ୍ତ ହେବାର ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଇତିହାସ ଅଛି କି?  ହଁ  ନାହିଁ

#PEP ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନଙ୍କୁ ପ୍ରମୁଖ ସାର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କର୍ମଚାରୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ, ପରିବାରସଦସ୍ୟ କିମ୍ବା ଉପରୋକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପତି ପତ୍ନୀ, ପିତାମାତା, ସନ୍ତାନ, ଜୀବନସାଥୀଙ୍କ ପିତାମାତା କିମ୍ବା ଭାଇଭଉଣୀ ଏବଂ ପିଇପିର ଘନିଷ୍ଠ ସହଯୋଗୀ) ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ।

ବିଭାଗ ଡି: ପାରିବାରିକ ଇତିହାସ\* (କ୍ରିଟିକେୟାର ଏବଂ ହୋଷ୍ଟିକାମୀ କଭରେଜ୍ ପାଇଁ ପ୍ରମୁଖ୍ୟ)

ଆପଣଙ୍କ ପିତାମାତା, ଭାଇ କିମ୍ବା ଭଉଣୀମାନେ କର୍ଚ୍ଚିତ, ମଧୁମେହ, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ (ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ), ହୃଦୟ କିମ୍ବା କିଡନୀ ରୋଗ, ପଲିସିଷ୍ଟିକ କିଡନୀ ରୋଗ, ମାନସିକ କିମ୍ବା ସ୍ନାୟୁ ବିକାର (ଆଲଜାଇମର୍ସ ରୋଗ ସମେତ), ସ୍ଟ୍ରେକ୍, ମଲ୍ଟିପଲ୍ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍, ମୋଟର ନ୍ୟୁରୋନ୍ ରୋଗ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ନାହିଁ ନିରାକରଣ / ଦୀର୍ଘ ପ୍ରକୃତିର ଅଟେ?  ହଁ  ନାହିଁ

ବୀମା ନଂ.	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ରୋଗ କିମ୍ବା ବ୍ୟାଧି (ଯଦି ଅଛି)	ବୟସ (ଯଦି ଜାଣିବ)	ପ୍ରାନ୍ତରେ ବସବାସ(ସମ୍ପର୍କୀତ)	ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ)	ମୃତ୍ୟୁ ବୟସ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ)

\*କେବଳ ବୟସ୍କ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବ

**6. ପାରିବାରିକ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ବିବରଣୀ**

ପାରିବାରିକ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ \_\_\_\_\_ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ 1 \_\_\_\_\_ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ ୨ \_\_\_\_\_

**7. ନ୍ୟୁମାଟ ବୀମା ବିବରଣୀ**

ଆପଣ କିମ୍ବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି(ମାନେ) ନିଜା କୁପା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ସହିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା / ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା ପଲିସି ଅଧୀନରେ ପୂର୍ବରୁ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବା ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଅଟନ୍ତି କି?  ହଁ  ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ଆପଣ କେବେଠାରୁ କ୍ରମାଗତ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହୋଇଛନ୍ତି DD / MM / YYYY

ବୀମା ନଂ.	ବୀମା କମ୍ପାନୀ ର ନାମ	ନୀତି ନଂ./ ଆବେଦନ ନଂ.	(ତାରିଖ) ରୁ ବୀମାଭୁକ୍ତ	(ତାରିଖ)	ବୀମା ରାଶି	ଦାବି ବିବରଣୀ (ଯଦି ଅଛି)

**8. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଉପରେ ଏକ ଚେକ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)**

- ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମା କମ୍ପାନୀର ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଟରାଇଜିଟିଂ ପଲିସି ଉପରେ ନିର୍ଭର କରେ ଏବଂ ପଲିସି ପ୍ରିମିୟମ ଆଦାୟଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରାପ୍ତି ପରେ ହିଁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
- /ଆମେ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ବୀମା ବିପଦ ସ୍ୱୀକୃତି ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନକୁ ମୁଁ/ଆମେ ଲିଖିତ ଭାବରେ ଜଣାଇବୁ
- ଜୀବନର ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ଜିନିଷ ବିଷୟରେ ବୀମା/ ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିୟୁତ୍ପାଦକ ଠାରୁ ବୀମା/ ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଯେକୌଣସି ସମୟରେ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ଆମେ ଘୋଷଣା ଏବଂ ସମ୍ମତି ଦେଉଛୁ ଏବଂ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀଠାରୁ ସୂଚନା ଚାହୁଁଛୁ ଯେଉଁଥିରେ ନିଶ୍ଚିତ / ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନକୁ ଅଣଲିଖିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।
- ମୁଁ/ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପର୍କୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦାର କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ଯେଉଁଥିରେ ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାର, ଆମର ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିର୍ଦ୍ଦାମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହିତ ଅଂଶଦାର କରିବାକୁ ।
- ସେବା ବିତରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପର୍କୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶଦାର କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ।
- ମୁଁ/ଆମେ ମୋ ତରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ତରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ମୋ ବୀମା ବିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତ୍ତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ/ ଆମେ ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ତରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ଅଧିକାରପ୍ରାପ୍ତ / ଅଛୁ ।

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) \_\_\_\_\_

**9. ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ନୀତି ପୂରଣ ଏବଂ ସେବା ଯୋଗାଯୋଗ ପାଇଁ ଅନୁମୋଦନ**

ମୁଁ ମୋ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ମୋର ସମସ୍ତ ପଲିସି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ପର୍କୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ପଠାଇବା ପାଇଁ ନିଜା କୁପା ହିଁ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡକୁ ଅଧିକାର ଦେଇ କାଗଜ ସମ୍ପର୍କ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।  ହଁ  ନାହିଁ

**10. Vernacular Declaration**

ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି ତେବେ 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 ।

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_ ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) \_\_\_\_\_ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) \_\_\_\_\_

11. ABHA ID

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

12ନ ଫେରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ:  ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର। \_\_\_\_\_

IFSC କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ସଞ୍ଚୟ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ସମ୍ପତ୍ତି \_\_\_\_\_

କେବଳ ଅଫ-ସିଆଲ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ

ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ ବିବରଣୀ:  ନଗଦ  ରେକ୍/ଡିଡି ନଂ. \_\_\_\_\_ କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ \_\_\_\_\_

ଅନଲାଇନ୍/ସିଧାସଳଖ ଡେବିଟ୍  ଗ୍ରାହକସର୍ବ୍ ID \_\_\_\_\_ ପରିମାଣ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ ଶାଖା \_\_\_\_\_

Nivaupa Bupa Branch ଅବସ୍ଥାନ \_\_\_\_\_ କୋଡ୍ ନଂ. \_\_\_\_\_

ବ୍ୟବସ୍ଥାପକ ଉତ୍ତର: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସପି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ୍/ ଅନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍ \_\_\_\_\_ କୋଡ୍ ନଂ. \_\_\_\_\_

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ କୋଡ୍ ନଂ. \_\_\_\_\_

ଡାରିଣ୍ଟରେ ମିଳିଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ \_\_\_\_\_ ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି \_\_\_\_\_

ପ୍ରକ୍ରିୟା କରଣ ତାରିଖ \_\_\_\_\_ DD/MM/YYYY ଏହାକୁ ଅନୁମୋଦନ ମିଳିଛି \_\_\_\_\_ DD/MM/YYYY

କେବଳ ବାକାସ୍ତ୍ରୀରାଶ୍ଚ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ

ଶାଖା କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ SP କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ RM/LG Code \_\_\_\_\_

ଗ୍ରାହକଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ. \_\_\_\_\_

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କି?  ହଁ  ନାହିଁ ଯଦି ହଁ, ସମ୍ପର୍କର ପ୍ରକୃତି? \_\_\_\_\_

ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ କେବେଠାରୁ ଜାଣିଛନ୍ତି?  ବର୍ଷ ବର୍ଷ  ମାସ ମାସ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_

ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ପରିଚୟରେ ସନ୍ତୁଷ୍ଟ କି?  ହଁ  ନାହିଁ

ପ୍ରସ୍ତାବକ କିମ୍ବା କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାକାରାଙ୍କର କୌଣସି ଶାରୀରିକ ବିକୃତି / ଛୁଟି କିମ୍ବା ମାନସିକ ଅନଗ୍ରସରତା ଅଛି କି?  ହଁ  ନାହିଁ

ଆପଣ ପଲିସିର ବାଦ୍ ଦିଆଯାଇଥିବା ବିଷୟରେ ବୁଝାଇଛନ୍ତି କି ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରିଛନ୍ତି କି?  ହଁ  ନାହିଁ  ନାହିଁ

ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ସମୟରେ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା କଣ? \_\_\_\_\_

କୌଣସି ବିପଦ ସମ୍ଭବ ସମସ୍ତ କାରଣକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଆପଣ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସୁପାରିଶ କରନ୍ତି କି?  ହଁ  ନାହିଁ

ଡାରିଣ୍ଟ: (ଡିଡି/ଏମଏମ/ଖାଲିଖାଲିଖାଲି) \_\_\_\_\_

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

ବୈଧାନିକ ଚେତାବନା  
 : ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧: (୧) କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ପ୍ରକାର କିମ୍ବା ବିପଦ ସମ୍ଭବରେ ବୀମା ବାହାର କୁରିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବା ପାଇଁ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ପଲିସିରେ ବର୍ଣ୍ଣାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କିମ୍ବା ଅଂଶର କୌଣସି ରିହାତି କିମ୍ବା କୌଣସି ରିହାତି ଦେବାକୁ ଅନୁମତି ଦେବେ ନାହିଁ କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବେ ନାହିଁ । ପଲିସି ନେଇଥିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରୋକ୍ଲେସ୍ କିମ୍ବା ସାରଣୀ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରନ୍ତି ନାହିଁ । (୨) ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କୁ ପାଳନ କରିବାରେ ଅବହେଳା କରନ୍ତି ତେବେ ତାଙ୍କୁ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜରିମାନା ଦେବାକୁ ପଡିବ ।

ନିଜା ବୁପା ହିସ୍ତାଳନସ୍ୱରାଶ୍ଚ୍ୟ କମ୍ପାନୀ  
 ଲିମିଟେଡ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ଅଟେ । ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମ୍ୟାକ୍ ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଟିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର ୧୪୫) । ବୁପା ଏବଂ 'ହାର୍ଟବିଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକାନା ଅଧୀନରେ ଉପସ୍ଥାପିତ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଛି । ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ- ସି-ଏମ୍, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪, ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥଲାଇନ୍: ୧୮୭୦-୫୦୦-୮୮୮୮ ।  
 ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com । ସିଆଇଏକ୍ସ୍: U66000DL2008PLC182918 । ଟିପ୍ପଣୀ: ପଲିସି ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଚାକିରିର ପ୍ରକୃତିରେ କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୁଏ ତେବେ ପ୍ରସ୍ତାବକ ନିଜା ବୁପାଙ୍କୁ ଜଣାଇବାକୁ ଉତ୍ତରଦାୟୀ ଅଟନ୍ତି ।



ସ୍ୱୀକୃତି[ସମ୍ପାଦନା]

ନଂ ରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ । \_\_\_\_\_ DD MM

ନଗଦ/ରେକ୍/ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ରାଶି ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତିକୁ ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ । \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ଚାହୁଁଥିବା କୌଣସି ପଲିସି ପାଇଁ କୌଣସି ଦେୟ ଆମ ବିକଳରେ ଦାଖଲ କରିବା ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ଦାଖଲ କଲେ ନାହିଁ, ଯାହା ନିଶ୍ଚିତ ଏକକ ଏବଂ ସର୍ବଦା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବେକରେ ରହିବ । ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରୁ, ତେବେ ଏହା ପଲିସି ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ପରମିୟମ ଆମ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଠିକ୍ ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ ନହୁଏ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ନହୁଏ ତେବେ ଆମେ କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ରହିବ ନାହିଁ । ଯଦି ଆମେ ପ୍ରସ୍ତାବଗ୍ରହଣ ନ କରୁ, ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଜଣାଇବୁ ଏବଂ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ । ଯଦି କିଛି ଅଛି, ତେବେ ବିନା ସୁଧରେ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି ।



ମୁଖ୍ୟ ବୈଶିଷ୍ଟ୍ୟ ଦସ୍ତାବିଜ

ଟିପ୍ପଣୀ: ଏଗୁଡ଼ିକ କେବଳ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା କଭରଗୁଡ଼ିକର ସଂକ୍ଷିପ୍ତ ବିବରଣୀ ଅଟେ । ଦୟାକରି ଏକ ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପାଇଁ ନୀତି ଶବ୍ଦଗୁଡ଼ିକ ଦେଖନ୍ତୁ । ଏହି ଦସ୍ତାବିଜ କେବଳ ନୀତିର ପ୍ରମୁଖ ଲାଭ ପାଇଁ ଏକ ସୂଚକ ଅଟେ ।

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_