

URN: 028

ବୀମା ଚୁକ୍ତି ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଗ୍ରହଣ 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 ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

Table with columns for F I R S T, M I D D L, L A S T and rows for birth date, gender, marital status, PIN, STD, and address.

ଆଜ୍ଞା ଆଇଡି: \_\_\_\_\_
ବୃତ୍ତି: ବେତନଭୋଗୀ ଆତ୍ମନିଯୁକ୍ତି - ଛାତ୍ର ଗୃହିଣୀ ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ ବାର୍ଷିକ ଆୟ (\_\_\_\_\_ ଟଙ୍କା)
ସିକେଣ୍ଟାସି ନମ୍ବର (ବିକଳ): \_\_\_\_\_

ପିଲାମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୃଥ୍ୱୀକୁ ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ମୁଁ ମୋର ଯଥାସମ୍ଭବ ଚେଷ୍ଟା କରିବି । ମୋତେ କେବଳ ସତ୍ୟ କଥା ପଠାନ୍ତୁ । ଦୟାକରି କୌଣସି କାଗଜ ନାହିଁ

- ମୁଁ ଏହି ନୀତିକୁ ଏକ ଇଆଇଏକୁ ଶ୍ରେୟ ଦେବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।
ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାରଣ ନଂ. \_\_\_\_\_ ବୀମା ଭଣ୍ଡାର ନାମ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାରଣ ଖୋଲିଛନ୍ତି)
1. M/s NSDL Database Management Limited 3. ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍
2. M/s NSDL Database Management Limited 4. ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା
ଯଦି ଆପଣ ଚାହୁଁଛନ୍ତି ଯେ ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ଏକ ଇଆଇଏ ଆକାରଣ ଖୋଲିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ସେକ୍ସ ୨, ଏନଇଏଫଟି ଏବଂ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ ରେ ବିବରଣୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ କିମ୍ବା
ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ

ମୁଁ ନିଜା ବୁଝା ହେଲୁ ଇନସୁରାନ୍ସ କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଚୁପାୟ, ପକ୍ଷ/ସହଯୋଗୀ ମାନଙ୍କୁ ମୋ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ ଏସଏମଏସ/ଇମେଲ୍/ଫୋନ୍/ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାପ୍/ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରି ସ୍ୱାଗତ କଲୁ/ଏସ୍ ଏମ୍ ଏସ୍, ସଭିସ୍ କଲ୍/ଏସ୍ ଏମ୍ ଏସ୍, ପଲିସି ସମ୍ପର୍କୀୟ ସୂଚନା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ।

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ରାଜନୈତିକ ଭାବରେ ଉନ୍ନତ ଚଳାଣି (ପିଇପି) ଅଟନ୍ତି କି? ହଁ ନାହିଁ

\*\*\*ଏମ୍ ଏସ୍ ଏମ୍ ଏସ୍ ଫିଲ୍ ପ୍ରମୁଖ ସର୍ବନଗର ବାର୍ଷିକ ଯତ୍ନ କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାର ପ୍ରାଧିକାରୀ, ବର୍ଷିକ ଭାରତୀୟ, ବର୍ଷିକ ସରକାରୀ, ବ୍ୟାଞ୍ଜିତ କିମ୍ବା ସାମାଜିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ ବ୍ୟାଞ୍ଜିତ ବର୍ଷିକ ଅଧିକାରୀ, ଶୁଦ୍ଧବର୍ଣ୍ଣ ବନଫ୍ ଅଧିକାରୀ ଅଟନ୍ତି । ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଚିନ୍ତା କରନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୂର୍ବ ପିଇପି ପ୍ରମାଣିତ ପୂର୍ଣ୍ଣ ବର୍ଣ୍ଣ

ଗ୍ରାମୀଣ ଓ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ଶ୍ରେଣୀ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ): ଆଶା କର୍ମୀ ମନରେଗା ଶ୍ରମିକ
ଆପଣ ପଲିସି କିମ୍ବା ଫିଜିକାଲ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି: ହଁ ନାହିଁ

2. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ ଏବଂ ଯୋଗନା ଚୟନ

Table with 9 columns: Name, Address, Gender, Date of Birth, Age, Policy No, Policy Type, and Remarks.

1		(ଏମ୍ / ଏଫ୍ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ)	(dd/mm/yy yy					
---	--	------------------------	-----------------	--	--	--	--	--

ଆଧାର କରନ୍ତୁ:	
ନୀତି ପ୍ରକାର#:	ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	1
ଆଧାର ବୀମା ରାଶି:	
ନୀତି ଅବଧି:	୧ ବର୍ଷ

### 3. Portability

ନୀତି ନଂ.	ବୀମା କମ୍ପାନୀ	ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବିପଦ ଶେଷ ତାରିଖ	ପୋର୍ଟିଂ ର କାରଣ

ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରକ ନାମ ଯେଉଁମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୋର୍ଟିବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	କୌଣସି ବର୍ଷର ନିରନ୍ତର କରନ୍ତୁ ନାହିଁ ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟିବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଏ	ଅତୀତର ନୀତିରେ ଦାବି	ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଣସି ଦାବି ବୋଧହୁଏ ନାହିଁ	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ 1 (ସବୁଠାରୁ)	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୨	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୩	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୪ (ସମସ୍ତ ପଲିସି)

### 4. ନାମାଙ୍କନ[ସମ୍ପାଦନା]

ପ୍ରସ୍ତାବକ ମଧ୍ୟ ହେଲେ ନୋମିନିକୁ ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ । ଅନ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପାଇଁ, ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେଉଛି ନୋମିନି । ନୋମିନିକୁ ଦେଇ ଦେବା ହେଉଛି କମ୍ପାନୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବା ।

ନୋମିନି ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନୀର ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିୟୁତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିକ୍ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

ନୋମିନିକ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:  ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]  ଆକାରଣ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା]  ସଂସ୍ଥା[ସମ୍ପାଦନା]  ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ

ଆକାରଣ ନମ୍ବର  IFSC କୋଡ୍

### 5. ଡାକ୍ତରୀ, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ: ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ବିଭାଗରେ ଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ସତ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଦିଆଯାଇଛି କାରଣ ଆପଣ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରିଥିବା ସୂଚନା ନିଭା କ୍ରମାଙ୍କ ବାସୀ ଅଣ୍ଡରଲାଇଟିଂର ଆଧାର ହେବ । ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ, ଆଂଶିକ ସଠିକ୍ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଦାବି ଏବଂ / କିମ୍ବା କରନ୍ତୁ କୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ ।

ବିଭାଗ A	
ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ । ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ସର୍ବମୂଳ କରନ୍ତୁ	1

i. ସାଧାରଣ ଅଣ୍ଡା, ଫୁଲ୍, ସଂକ୍ରମଣ, ସାମାନ୍ୟ ଆଘାତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ସାମାନ୍ୟ ରୋଗ ବ୍ୟତୀତ; ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ଏବଂ / କିମ୍ବା 5 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ଏବଂ / କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦେଇଛନ୍ତି ଏବଂ / କିମ୍ବା କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଛନ୍ତି / କିମ୍ବା 14 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ଥିଲେ କି? ଔଷଧ କେବଳ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟକ, ଲକ୍ଷ୍ମକୃତ, ମୌଖିକ ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀରର ଅଙ୍ଗରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସାମିତ ନୁହେଁ ।	ଏବଂ	N
ii. ଆଇରଏଚ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଟ୍ରେକ୍ସିଲ୍ ଟେଷ୍ଟ, ଆଞ୍ଜିଓଗ୍ରାଫି, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏକୋସୋପି, ଅଲ୍ଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମ୍ଆର୍ଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫ୍ଏନ୍ଏସି ସମ୍ପନ୍ନ କୌଣସି ନିର୍ଦ୍ଦା ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?	ଏବଂ	N
iii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି ତାଙ୍କର କେବେ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଶର୍କରା ଅଛି କି?	ଏବଂ	N
iv. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	ଏବଂ	N
v. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ବ୍ୟାଧି କିମ୍ବା ଏଡଆଇଭି / ଏସ୍ପାଇର୍ମିଆ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	ଏବଂ	N
vi. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ / ମାନସିକ ରୋଗ ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	ଏବଂ	N
vii. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ସ୍ତ୍ରୀ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ଯେଉଁଥିପାଇଁ କୌଣସି ହସ୍ପିଟାଲ, ହର୍ମୋନ୍ ରିସ୍ପେସମେଣ୍ଟ ଥେରାପି କିମ୍ବା ୫ ଦିନରୁ ଅଧିକ ଔଷଧ ଦିଆଯାଇଛି?	ଏବଂ	N
viii. ଯଦି ଆବେଦନକାରୀ କେବେ ଗର୍ଭବତୀ ହୋଇଛନ୍ତି ତେବେ ଗର୍ଭବତୀରେ କୌଣସି ଜଟିଳତା ଦେଖାଦେଇଛି କି?	ଏବଂ	N
ix. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କୁ କେବେ ଅସ୍ବାଭାବିକ ଯୋନିରୁ ରକ୍ତସ୍ରାବ କିମ୍ବା ରକ୍ତସ୍ରାବରେ ଅନିୟମିତତା ହୋଇଛି କି?	ଏବଂ	N

ବିଭାଗ B: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ହିଁ (v) ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ:									
ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ଲକ୍ଷଣ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ				Duration of condition	ଡାକ୍ତର(ମାନେ)	କା'ଣ କି ବିଦ୍ୟମାନ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁତ୍ଥାନ କିମ୍ବା ଚାଲିଥିବା	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ	ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ଚିଂହ ସଂଯୋଜିତ (ହିଁ / ନା)
	ଯଦି ମଧୁମେହ ଏଡଏସି ସ୍ତର	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଦିପି ସ୍ତର ସିଷ୍ଟୋଲିକ୍ / ଡାଇସ୍ଟୋଲିକ୍	ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ	ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (DD/MM/YYYY)					

**6. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦେବାକୁ ଏବଂ ପ୍ରଶ୍ନାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଉପରେ ଏକ ଟେକ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)**

\_\_\_ ମୁଁ ମୋ ଚରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା ଲୁଚ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉଭୟ ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରଫରୁ ପ୍ରଶ୍ନାବ ଦେବାକୁ ଅଧିକାରପ୍ରାପ୍ତ ।

\_\_\_ ଚୁକ୍ତିପାତ୍ର ଯେ ମୋ ବୀମା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକାରୀଙ୍କ ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରଲାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଆବାୟଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।

\_\_\_ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରିବୁ ଯେ ପ୍ରଶ୍ନାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ ଏବଂ କମ୍ପାନୀ ବୀମା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ମୁଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ହେଉଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନକୁ ବୀମା/ପ୍ରଶ୍ନାବକ ଭାବରେ ଲିଖିତ ଭାବରେ ଜଣାଇବି ।

\_\_\_ ଘୋଷଣା \_\_\_ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଜଣାଇଛି ଯିଏ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରଶ୍ନାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ଜିନିଷ ବିଷୟରେ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିୟୁତ୍ରିସାହାଯ୍ୟ ଠାରୁ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ଲୋଡ଼ିଛି ଏବଂ ବୀମା/ପ୍ରଶ୍ନାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ ସୂଚନା ଲୋଡ଼ିଛି ପ୍ରଶ୍ନାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ବାବି ସମାଧାନକୁ ଅଣ୍ଡଲିଖିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।

\_\_\_ ପ୍ରଶ୍ନାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ବାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିୟାମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷକ ସହିତ ଅଣ୍ଡଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଲୁଚ୍ତ / ପ୍ରଶ୍ନାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ପ୍ରଶ୍ନାବ ସମ୍ପନ୍ନ ସୂଚନା ଅଂଶଦାନ କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।

\_\_\_ ମୁଁ/ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ମୋର / ଆମର ପ୍ରଶ୍ନାବ ସମ୍ପନ୍ନ ସୂଚନା ଅଂଶଦାନ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ଯେଉଁଥିରେ ଆମର ସେବା ପ୍ରଦାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଲୁଚ୍ତ / ପ୍ରଶ୍ନାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ଗୁଡ଼ିକ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ।

**7. Vernacular ଘୋଷଣା**

\_\_if ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ପାଷ୍ଟର କରିଛନ୍ତି: ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ମୁଁ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି, \_\_Language\_\_ ସାର୍ତ୍ତକେତ କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ Name, ପ୍ରସ୍ତାବକକୁ Name witness\_\_ ଉପସ୍ଥିତରେ ଯିଏ ଏହାକୁ ଦୃଷ୍ଟିକରି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି । ସାକ୍ଷୀ କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।

ତାରିଖ \_\_/\_\_/\_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ  
 ପ୍ରମାଣିତ Person \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ ସାର୍ତ୍ତକେତ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_  
 Witness \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ ସାକ୍ଷୀକ ମୋବାଇଲ ୍ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_

**8. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା ବାବା ପର୍ମ ପୂରଣ ନହେଲେ ଘୋଷଣା**

ଯଦି କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆବୃତ୍ତୀକ କାଗଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ବାବା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ବିଗ ଏବଂ ପ୍ରଭାବକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ Name\_\_ ବାବା ପୂରଣ କରାଯାଏ, Mobile no\_\_ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅଧୀନରେ ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ \_\_\_\_\_  
 ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା: ମୁଁ ଜଣେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟର ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ବ୍ୟକ୍ତି / ଦଳାଳ / ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ ଭାବରେ, ଏହା ବାବା ଘୋଷଣା କରନ୍ତୁ ଯେ ମୁଁ ଏହି ଉପାଦାନ / ପ୍ରସ୍ତାବର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁ / ପ୍ରସ୍ତାବକକୁ ବୁଝାଇଛି  
 ବୀମା Advisor \_\_\_\_\_ ର ଦସ୍ତଖତ ମଧ୍ୟସ୍ଥି କୋଡ୍: \_\_\_\_\_

**9. ପ୍ରିମିୟମ୍ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)**

ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ ଚେକ୍ ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ ନଗଦ ଅନ୍ୟ ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି \_\_\_\_\_  
 ଅନଲାଇନ୍ ପେମେଣ୍ଟ ଗ୍ରାହାଣ୍ଟନ ଆଇଡି: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ: \_\_/\_\_/\_\_ ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ ଶାଖା \_\_\_\_\_  
 ନିଭା ବୁଦ୍ଧା ଶାଖା ଅବସ୍ଥିତି \_\_\_\_\_ କୋଡ୍ No \_\_\_\_\_ ଉପାଦାନ ବ୍ୟବହାର: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ/ ଅନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍  
 କୋଡ୍ No \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ ପ୍ରାପ୍ତ ପ୍ରସ୍ତାବ: \_\_\_\_\_ ଗ୍ରାହକ ID: \_\_\_\_\_  
 ପ୍ରସ୍ତାବକ ନା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ? ହଁ ନାହିଁ

**10. ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦାବି ଫୋରମ୍ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ**

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ: ବ୍ୟାଙ୍କ ଡ୍ରାଫ୍ଟଫର୍ମ  
 ହିରାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_  
 ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_ IFSC କୋଡ୍: \_\_\_\_\_  
 ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_  
 ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: \_\_\_\_\_

**11. ନବୀକରଣ**

ନବୀକରଣ ଦେୟ ସାଇନ୍ ଅଫ୍:  
 ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରତିବର୍ଷ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ୱୟଂଚାଳିତ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ଏସିଏସ୍) / ସ୍ଥାୟୀ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ଏସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରିବ । ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅଧୀନରେ, ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ତୁରନ୍ତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ ଆପଣ କମ୍ପାନୀ ବାବା ଆବଶ୍ୟକ ାୟ ସୂଚନା ଏବଂ ବ୍ୟାବିତର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିପାରିବେ ।

\_\_\_\_\_ ମୁଁ ଏସିଏସ୍ / ଏସଆଇ ନବୀକରଣ ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ଏହା ବାବା ଏହା ବ୍ୟବହାର କରି ପଲିସି ନବୀକରଣ ହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ ଉପରେ 2.5% ରିହାତି ଲାଭ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।

ତାରିଖ \_\_/\_\_/\_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ

**12. କେବଳ ବାକାୟୁଯୋଗ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)**

ଶାଖା କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ SP Code \_\_\_\_\_ RM/LG କୋଡ୍ \_\_\_\_\_  
 ଗ୍ରାହକ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_

**13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନା**

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)  
 ଶ୍ରେଣୀସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ପର୍କୀୟ ତ୍ରୁଟିପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭାବନାରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେଇପାରିବେ ନାହିଁ, ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କିମ୍ବା ଆୟୋଗର କୌଣସି ଅଂଶ ଦେୟଯୋଗ୍ୟ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଦଶାୟାଉଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ରିହାତି ପ୍ରଦାନ କରିପାରିବେ ନାହିଁ ।

ପଲିସି, କିମ୍ବା ପଲିସି ନେଇଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରକ୍ଷେପ କିମ୍ବା ଚେତୁଳ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କୁ ପାଳନ କରିବାରେ ଅବହେଳା କରନ୍ତି ତେବେ ତାଙ୍କୁ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜରିମାନା ଦେବାକୁ ପଡିବ ।

### 14. କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆସିକେସନ୍ ନଂ.

ତାରିଖ \_\_/\_\_/\_\_

ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ ଯେ ଚେକ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ \_\_\_\_\_ drawn on \_\_\_\_\_ ତାରିଖର \_\_\_\_\_ ଚକାର \_\_\_\_\_ ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା \_\_\_\_\_ drawn on \_\_\_\_\_ ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଦେୟ ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, କେଉଁ ନିଷ୍ପତ୍ତି ଆମର ଏକମାତ୍ର ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୃତ୍ତେକରେ ଅଛି ଏବଂ ସର୍ବଦା ରହିବ । ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରୁ, ତେବେ ଏହା ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ପୁନର୍ଯ୍ୟାମ 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 ଜଣାଇବୁ ଏବଂ ବିନା ସୁଧରେ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ମିଳିଥିବା ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ।

ଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍

### 15. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

- ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପୃକ୍ତ କି? ହଁ/ନା; ଯଦି ହଁ, ସମ୍ପର୍କର ପ୍ରକୃତି? \_\_\_\_\_
- ଆପଣ ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କୁ କେତେ ଦିନ ଧରି ଜାଣିଛନ୍ତି? ବର୍ଷ \_\_\_\_\_ ମାସ \_\_
- ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ପରିଚୟରେ ସନ୍ତୁଷ୍ଟ କି? \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ନାହିଁ
- ପ୍ରସ୍ତାବକ କିମ୍ବା କୌଣସି ଆଦେଶକାରୀଙ୍କର କୌଣସି ଶାରୀରିକ ବିକୃତି / ତ୍ରୁଟି କିମ୍ବା ମାନସିକ ଅନୁସନ୍ଧାନ ଅଛି କି? \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ନାହିଁ
- ଆପଣ ପଲିସିର ବାଦ୍ ଦିଆଯାଇଥିବା ବିଷୟରେ ବୁଝାଇଛନ୍ତି କି ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରିଛନ୍ତି କି? \_\_\_\_\_ ହଁ \_\_\_\_\_ ନାହିଁ
- ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ସମୟରେ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା କ'ଣ? \_\_\_\_\_
- ନୈତିକ ବିପଦ ସମେତ ସମସ୍ତ କାରଣକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଆପଣ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସୁପାରିଶ କରନ୍ତି କି? \_\_\_\_\_ ହଁ \_\_\_\_\_ ନାହିଁ
- ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ ଦେଇଛନ୍ତି କି ଏବଂ ସମସ୍ତ ସାମଗ୍ରୀଗତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି କି ଯାହା ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ତାଙ୍କ ସ୍ୱାର୍ଥରେ ଥିବା ସର୍ବୋତ୍ତମ କଲରରେ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବାକୁ ସମ୍ମତ କରିବ? \_\_\_\_\_ ହଁ \_\_\_\_\_ ନାହିଁ

Date \_\_\_\_\_

ବୀମା Advisor \_\_\_\_\_ ସ୍ୱାକ୍ଷର

### 16. ABHA ID

ସହାୟକ ନାମ [ସମ୍ପାଦନା]	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଏବିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ଡିପିଏ ସହିତ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ ସମ୍ମତ
	ହଁ/ନା	XX -XXXX -XXXX -XXXX	ହଁ/ନା