

# RISE ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ

URN: 031

ବାମା ଚୁକ୍ତି ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ଏହା ବିଶ୍ୱାସ ଉପରେ ଆଧାରିତ ଏବଂ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ବିଶ୍ୱାସ କରୁ | ଆମେ ବୁଝୁଛୁ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ ଏହାର ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ବିଷୟରେ ସୂଚନା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାହା ଆପଣ ଜାଣି ନ ପାରନ୍ତି | ତେଣୁ, ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରିବା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାହା ଆମେ ସ୍ଥିର କରିବୁ (ଆମେ ଏହାକୁ 'ମହତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ' ବୋଲି କହିଥାଉ) | ଯଦି ବାମାତୁଳ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିଷୟରେ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇ ନାହିଁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାତିଲ କରିବୁ, କୌଣସି ଦାବି ପୈଠ କରିବୁ ନାହିଁ, ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ପୂର୍ବରୁ ଦିଆଯାଇଥିବା ଲାଭର ପୁନରୁଦ୍ଧାର ପାଇଁ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ସମସ୍ତ ଆଇନଗତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ କରିବାର ଅଧିକାର ରଖିବୁ | ନିୟମାବଳୀ ଅନୁସାରେ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ ପାଇବା ପରେ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ ହିଁ ଆବରଣ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ |

## 1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

ଗାଳଚ୍ଚଳ	ନାମ					
DOB	ଲିଙ୍ଗ:	ପୁରୁଷ	ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଜାତୀୟତା	
ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା						
ସ୍ଥାନଚିହ୍ନ						
ଜିଲ୍ଲା	ରାଜ୍ୟ			ପିନକୋଡ୍		
ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍ ନମ୍ବର					ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର	
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି					ବୈକଳ୍ପିକ ନମ୍ବର	

ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା) \_\_\_\_\_ ସିକେଣ୍ଡାରୀ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_

ବୃତ୍ତି \_\_\_\_\_ ବେତନଭୋଗୀ \_\_\_\_\_ ଆମ୍ବୁଲେନ୍ସ \_\_\_\_\_ ଛାତ୍ର \_\_\_\_\_ ଗୃହିଣୀ \_\_\_\_\_ ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ \_\_\_\_\_

ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ କିଏ କରୁଛି \_\_\_\_\_ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ \_\_\_\_\_

ଆପଣ କମ୍ପାନୀକୁ ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ପଲିସି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଯୋଗାଯୋଗକୁ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଏଠାରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ପଠାଇବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଇ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷା ଦେବା ଏବଂ କାର୍ଗଜ ସମ୍ପର୍କ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି?

ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏହାଦ୍ୱାରା Niva Bupa Health Insurance କିମ୍ବା ଏହାର ଯେକୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ / କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ (ମାନଙ୍କୁ) / ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ସଂସ୍ଥାକୁ ଫୋର 'DND' ପଞ୍ଜୀକରଣକୁ ଅତିକ୍ରମ କରି ଫୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ SMS / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / WhatsApp / ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ମୋଡ଼ ମାଧ୍ୟମରେ ସ୍ୱାଗତ କଲ୍ / SMS, ସେବା କଲ୍ / SMS କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବ୍ୟବସାୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଉଛି |

ଆପଣ ପଲିସି କିଏ ର ଫିଜିକାଲ୍ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି?  ହଁ  ନା

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି PEP# ଅଟନ୍ତି କି?  ହଁ  ନା

\*ରାଜନୈତିକ ଭାବେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟକ୍ତି (PEP) ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନଙ୍କୁ ପ୍ରମୁଖ ସାର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ସହିତ ଦାୟିତ୍ୱ ଦିଆଯାଇଛି କିମ୍ବା ଦିଆଯାଇଛି ଅର୍ଥାତ୍ କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ / ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କମ୍ପାନୀର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ | (ଯଦି ଆପଣ PEP ବିରୁଦ୍ଧରେ ଚିକ୍ କରୁଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୃଥକ PEP ପ୍ରଶ୍ନପତ୍ର ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

**ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:**

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ \_\_\_\_\_

ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_ ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍ \_\_\_\_\_

ଖାତା ପ୍ରକାର \_\_\_\_\_ ସମ୍ପର୍କ \_\_\_\_\_ ସାମ୍ପ୍ରତିକ \_\_\_\_\_ ଶାଖା \_\_\_\_\_ ସହର \_\_\_\_\_

**ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ (eIA) ର ବିବରଣୀ**

ଆପଣ ଏହି ପଲିସିକୁ ଏକ eIA ରେ କ୍ରେଡିଟ୍ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି? (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ)

ନା, ମୋର କୌଣସି eIA ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ |  ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋର ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରେଡିଟ୍ କରନ୍ତୁ |

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ସେୟାର୍ କରନ୍ତୁ | \_\_\_\_\_

ଦୟାକରି ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ କାହା ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)

ଏମ୍ / ଏସ୍ ଏନ୍ଏସ୍ଏଲ୍ ଡାଟାବେସ୍ ମ୍ୟାନେଜମେଣ୍ଟ ଲିମିଟେଡ୍  ଏମ୍ / ଏସ୍ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍

ଏମ୍ / ଏସ୍ କାର୍ଗଜ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍  ଏମ୍ / ଏସ୍ ସିଏମ୍ଏସ୍ ରିପୋଜିଟୋରୀ ସର୍ଭିସେସ୍ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା \_\_\_\_\_

ମୋର ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏକ ନୂତନ ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ (ଦୟାକରି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଟ ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (eIA ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ |)

**ନବୀକରଣ ପେମେଣ୍ଟ ସାଇନ୍-ଅପ୍:**

ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବାମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବିଦ୍ୟମାନ ଅଗୋମେଟେଡ୍ ଲିମିଟ୍ ହାଉସ୍ (ACH) / ସ୍ତ୍ରୀଶୁକ୍ତ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (SI) ଜାରି ରଖି ପ୍ରତିବର୍ଷ କରାଯାଇପାରିବ | ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅନୁଯାୟୀ, ଆପଣଙ୍କର ପଲିସି ଶୀଘ୍ର ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇଥିବା ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ସୂଚନା ଏବଂ ତତ୍ତ୍ୱମେଣ୍ଟେସନ୍ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିବା ସତ୍ତ୍ୱେ |

ମୁଁ ACH / SI ନବୀକରଣ ବିକଳ୍ପ ବାଛିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ଏହିପରି ପ୍ରିମିୟମରେ 2.5% ରିହାତି ପାଇବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଯେଉଁଠି ପଲିସି ସମାନ ବ୍ୟବହାର କରି ନବୀକରଣ କରାଯାଏ |

ତାରିଖ \_\_\_\_\_ ସ୍ଥାନ \_\_\_\_\_ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ \_\_\_\_\_

2. ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ଆବେଦନକାରୀ 1	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																
ଆବେଦନକାରୀ 2	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																
ଆବେଦନକାରୀ 3	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																
ଆବେଦନକାରୀ 4	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																
ଆବେଦନକାରୀ 5	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																
ଆବେଦନକାରୀ 6	ନାମ																
	ଲିଙ୍ଗ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ	<input type="checkbox"/> ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଉଚ୍ଚତା	<input type="checkbox"/>	(ଫୁଟ୍)	<input type="checkbox"/>	(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ	<input type="checkbox"/>	(କେଜି)					
	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ									ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ
	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ																

\*ପ୍ରିମିୟମରେ 5% ରିହାତି ପାଆନ୍ତୁ | ଡାକ୍ତରୀ ଅଭ୍ୟାସକାରୀ ଅର୍ଥ ହେଉଛି ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ରାଜ୍ୟର ମେଡିକାଲ କାଉନ୍ସିଲ୍ କିମ୍ବା ଭାରତର ମେଡିକାଲ କାଉନ୍ସିଲ୍ କିମ୍ବା ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତ ହୋମିଓପାଥୀ ପାଇଁ କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏକ ବୈଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହାଦ୍ୱାରା ଏହାର ଅଧିକାର ଅଛି | ଏହାର ଅଧିକାର ପରିସର ମଧ୍ୟରେ ଔଷଧ ଅଭ୍ୟାସ କରିବା; ଏବଂ ତାଙ୍କ ଲାଇସେନ୍ସ ପରିସର ଏବଂ ଅଧିକାର ପରିସର ମଧ୍ୟରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି |

- ନୋଟ୍:
- ପ୍ରସ୍ତାବକ ବୀମାଭୁକ୍ତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ନୁହେଁ |
  - ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ ଅନୁମତିପ୍ରାପ୍ତ - ନିଜେ, ସ୍ୱାମୀ / ସ୍ତ୍ରୀ, ପୁତ୍ର, କନ୍ୟା, ବୋହୂ, ପିତା, ମାତା, ଶ୍ୱଶୁର, ଶାଶୁ, ଜେଜେବାପା, ଜେଜେମା, ନାତି, ନାତୁଣୀ, ଭାଇ, ଭଉଣୀ, ନଣନ୍ଦ, ଭିଣୋଇ, ପୁତୁରା, ଝିଆରୀ, ମାମୁଁ ଏବଂ ମାଉସୀ |
  - ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ ଅନୁମତିପ୍ରାପ୍ତ (ନିୟୋଜକ, କର୍ମଚାରୀ) - କର୍ମଚାରୀ, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାମୀ / ସ୍ତ୍ରୀ, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ପୁତ୍ର, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ କନ୍ୟା, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ପିତା, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ମାତା, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଶ୍ୱଶୁର, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଶାଶୁ, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାତି, କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାତୁଣୀ

### 3. କର୍ତ୍ତବ୍ୟତା ରେକର୍ଡ:

#### ମୂଳ ଆବେଦନ:

ପଲିସି ପ୍ରକାର#:	<input type="checkbox"/> ବ୍ୟକ୍ତିଗତ <input type="checkbox"/> ପରିବାର ଫ୍ଲୋଟର୍ <input type="checkbox"/> ମିଳିତ ସଦସ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ
ଆବୃତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	<input type="checkbox"/> ପ୍ରାପ୍ତବୟସ୍କ <input type="checkbox"/> ପିଲାମାନେ
ମୂଳ ସମ ଆଶ୍ରୟନାମ:	_____
ପଲିସି ଅବଧି:	<input type="checkbox"/> 1 ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> 2 ବର୍ଷ <input type="checkbox"/> 3 ବର୍ଷ

#### ବୈକଳ୍ପିକ କର୍ତ୍ତବ୍ୟତା:

1. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ (କେବଳ ନଗଦହୀନ)	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା	6. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ (ନଗଦହୀନ ଏବଂ 20% କୋ-ପେମେଣ୍ଟ ସହିତ ପୁନର୍ଭରଣ)	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା
2. ହସ୍ପିଟାଲ ଦୈନିକ ନଗଦ	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା	7. ଦ୍ୱିତୀୟ ଡାକ୍ତରୀ ମତାମତ	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା
3. ସୁରକ୍ଷା	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା	8. ସୁରକ୍ଷା+	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା
4. କୌଣସି କୋ-ପେ ନେଟୱାର୍କ ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା	9. ଆଧୁନିକ ଚିକିତ୍ସା +	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା
5. ରିଆସୁର ଫରେଭର	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା	10. ଫାଷ୍ଟ ଫରୱାର୍ଡ (ଆଡ୍-ଅନ୍)	<input type="checkbox"/> ଥିବ <input type="checkbox"/> ନା
11. ସ୍ଥାଗ୍ୟ କ୍ୟାସ୍ +	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. ରିଟର୍ଣ୍ଣ +	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> 100%		
13. ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା କଭର	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
ଦୟାକରି ଚିକିତ୍ସା କରନ୍ତୁ ଯଦି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା କଭର ପାଇଁ ବାଛିଛନ୍ତି (ଏହି ବିକଳ୍ପ 18 ବର୍ଷ କିମ୍ବା ତା'ଠାରୁ ଅଧିକ ବୟସର ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ଉପଲବ୍ଧ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ବାର୍ଷିକ ସାମଗ୍ରିକ କମ୍ପାଉଣ୍ଡ	<input type="checkbox"/> ନା <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		
15. କୋ-ପେମେଣ୍ଟ	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ପରିବର୍ତ୍ତନ	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> 12 ମାସ <input type="checkbox"/> 24 ମାସ		
17. ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ପରିବର୍ତ୍ତନ	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> 12 ମାସ <input type="checkbox"/> 36 ମାସ		
18. ରୁମ୍ ପ୍ରକାର ପରିବର୍ତ୍ତନ	<input type="checkbox"/> ନା <input type="checkbox"/> କେନ୍ଦ୍ରୋତ୍ତମ ଖର୍ଚ୍ଚ <input type="checkbox"/> ସିଙ୍ଗଲ ରୁମ୍ <input type="checkbox"/> ସମସ୍ତ ବର୍ଗ		

\*ପରିବାର ଫ୍ଲୋଟର୍ ସମ ଆଶ୍ରୟନା ସମସ୍ତ ବୀମାଭୁକ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ ସାଧାରଣ ଅଟେ ଫ୍ଲୋଟର୍ ଅର୍ଥ ହେଉଛି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବରେ କିମ୍ବା ସାମୂହିକ ଭାବରେ ସମସ୍ତ ବୀମାଭୁକ୍ତ ଏହି ସୀମା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଦାବି କରିପାରିବେ ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ: କେବଳ ଗୋଟିଏ ବିକଳ୍ପ ସୁରକ୍ଷା ଏବଂ ସୁରକ୍ଷା+ ମଧ୍ୟରେ ରୟନ କରାଯାଇପାରିବ କେବଳ ଗୋଟିଏ ବିକଳ୍ପ କୋ-ପେମେଣ୍ଟ ଏବଂ ବାର୍ଷିକ ସାମଗ୍ରିକ କମ୍ପାଉଣ୍ଡ ମଧ୍ୟରେ ରୟନ କରାଯାଇପାରିବ କେବଳ ଗୋଟିଏ ବିକଳ୍ପ ବାର୍ଷିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ (କେବଳ ନଗଦହୀନ) ଏବଂ ବାର୍ଷିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ (ନଗଦହୀନ ଏବଂ 20% କୋ-ପେମେଣ୍ଟ ସହିତ ପୁନର୍ଭରଣ) ମଧ୍ୟରେ ରୟନ କରାଯାଇପାରିବ।

### 4. ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ

ପଲିସି ନଂ	ବୀମା କମ୍ପାନୀ	ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବିପଦ ଶେଷ ତାରିଖ	ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ କାରଣ

ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନାମ	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଥିବା କ୍ରମାଗତ କର୍ତ୍ତବ୍ୟତା ବର୍ଷସଂଖ୍ୟା	ଅତୀତ ପଲିସିରେ ଦାବି	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ନୋ କ୍ଲେମ୍ ବୋନସ୍	ସମ ଆଶ୍ରୟନା - ବର୍ଷ 1 (ପୁରୁଣା)	ସମ ଆଶ୍ରୟନା - ବର୍ଷ 2	ସମ ଆଶ୍ରୟନା - ବର୍ଷ 3	ସମ ଆଶ୍ରୟନା - ବର୍ଷ 4 (ନିଆର ପୁରୁଣାପଲିସି)

5. ମନୋନୟନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୂଲ୍ୟ ହେଲେ, ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଦେୟ ହେବାକୁ ଥିବା କୌଣସି ଦେୟ ନିମ୍ନଲିଖିତ ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ | ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏହିପରି ଦେୟ ଗ୍ରହଣ କମ୍ପାନୀର ଦାୟିତ୍ୱ ମୁକ୍ତି ଦେବ |

ମନୋନୀତଙ୍କ ନାମ	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ	ମନୋନୀତଙ୍କ ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ID	ନିୟୁତ୍ତଙ୍କ ନାମ (ଯଦି ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ହୋଇଥାଏ)
---------------	------------	---------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

ମନୋନୀତଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ସୂଚନା: ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ \_\_\_\_\_ ଖାତା ପ୍ରକାର \_\_\_\_\_ ସମ୍ପ୍ରସ୍ଥ \_\_\_\_\_ ସାମ୍ପ୍ରତିକ \_\_\_\_\_

ଏକାକର ନମ୍ବର \_\_\_\_\_ ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍ \_\_\_\_\_

6. ତାତ୍ତ୍ୱରୀ, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତର ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ: ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ବିଭାଗର ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଦିଆଯାଇଛି କାରଣ ଆପଣ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରୁଥିବା ସୂଚନା ନିଜା ବୁଝା ଦ୍ୱାରା ଅଣ୍ଡରଲାଇଟିଂର ଆଧାର ହେବ | ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ୍, ଆଂଶିକ ସଠିକ୍ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କର ତାତ୍ତ୍ୱରୀ ଦାବି ଏବଂ/କିମ୍ବା କଭରେଜକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ |

ବିଭାଗ A: ଦୟାକରି ତାତ୍ତ୍ୱରୀ ଅବସ୍ଥା ଉପରେ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟନ୍ତୁ

ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ରେ ଗୋଲ ବୁଲାଇନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର					
	1	2	3	4	5	6
ବାମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ <= 35 ବର୍ଷ 1. ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଥିରେ ପୀଡ଼ିତ କି? a. କର୍କଟ/ଲ୍ୟୁକେମିଆ/ମାରାତ୍ମକ ରୂପମର b. କାର୍ଡିଆକ୍ ଅସୁସ୍ଥତା {ହୃଦୟାତ, ବାଇ-ପାସ୍ ସର୍ଜରୀ ଇତ୍ୟାଦି} c. ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା {କିଡନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସଫୁସ୍, ଇତ୍ୟାଦି} d. ସ୍ନାୟୁଗତ ବିକାର/ଷ୍ଟ୍ରେକ୍/ପାରାଲିସିସ୍ e. କ୍ରନିକ୍ ଅବସ୍ଥାକୁ ପଲମୋନାରୀ ରୋଗ {COPD} / ପ୍ରଗତିଶୀଳ ଫୁସଫୁସ୍ ରୋଗ f. ହେପାଟାଇଟିସ୍ B କିମ୍ବା C, କ୍ରନିକ୍ ଲିଭର ରୋଗ, କ୍ରୋନ୍ସ ରୋଗ, ଅଲସରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍ g. ଆଇରନ୍ ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା h. ଟାଇପ୍ 1 ଡାଇବେଟିସ୍						
2. ଆପଣଙ୍କର ମଧୁମେହ ଅଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
3. ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
4. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦୈନିକ ନଗଦ କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ବାମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କୌଣସି ବାମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା ବାଦ୍ ଦେବା ପରି କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ କରାଯାଇଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
5. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ମନୋଚିକିତ୍ସା ବିକାରରେ ଚିହ୍ନିତ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
6. ଏକ ସମ୍ପ୍ରାହରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ରୋଗରେ କେବେ ଚିହ୍ନିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି? କେବେ କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିଛନ୍ତି କି? କିମ୍ବା କୌଣସି ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି? ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଫଲୋଅପ୍ ଅଧୀନରେ ଅଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
7. ଆପଣଙ୍କର ଚନ୍ଦ୍ରିଲ୍ ଏବଂ ଆଡେନୋସ୍କ୍ୱ, କାନରୁ ନିର୍ଗତ ହେବା, ମଧ୍ୟ କାନ ଏବଂ ମାୟୁସତର ରୋଗ (ଓଟିଟିସ୍ ମିଡିଆ, କେଲେକ୍ସେଟୋମା, ଟିମ୍ପାନିକ୍ ମେମ୍ବ୍ରେନ୍ ଇତ୍ତ) ନାସାଲ୍ ସେପ୍ଟମ୍ ଏବଂ ନାସାଲ୍ ସାଇନସ୍ ପାଇଁ କୌଣସି ସଜିକାଲ୍ ଚିକିତ୍ସା ହୋଇଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ରେ ଗୋଲ ବୁଲାଇନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର					
	1	2	3	4	5	6
ବାମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ >=36 ରୁ =50 ବର୍ଷ 1. ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଥିରେ ପୀଡ଼ିତ କି? a. କର୍କଟ/ଲ୍ୟୁକେମିଆ/ମାରାତ୍ମକ ରୂପମର b. କାର୍ଡିଆକ୍ ଅସୁସ୍ଥତା {ହୃଦୟାତ, ବାଇ-ପାସ୍ ସର୍ଜରୀ ଇତ୍ୟାଦି} c. ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା {କିଡନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସଫୁସ୍, ଇତ୍ୟାଦି} d. ସ୍ନାୟୁଗତ ବିକାର/ଷ୍ଟ୍ରେକ୍/ପାରାଲିସିସ୍ e. କ୍ରନିକ୍ ଅବସ୍ଥାକୁ ପଲମୋନାରୀ ରୋଗ {COPD} / ପ୍ରଗତିଶୀଳ ଫୁସଫୁସ୍ ରୋଗ f. ହେପାଟାଇଟିସ୍ B କିମ୍ବା C, କ୍ରନିକ୍ ଲିଭର ରୋଗ, କ୍ରୋନ୍ସ ରୋଗ, ଅଲସରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍ g. ଆଇରନ୍ ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା h. ଟାଇପ୍ 1 ଡାଇବେଟିସ୍						
2. ଆପଣଙ୍କର ମଧୁମେହ ଅଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
3. ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
4. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦୈନିକ ନଗଦ କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ବାମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କୌଣସି ବାମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା ବାଦ୍ ଦେବା ପରି କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ କରାଯାଇଛି କି?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N

	1	2	3	4	5	6
5. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ମନୋଚିକିତ୍ସା ବିକାରରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ଏକ ସପ୍ତାହରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ରୋଗରେ କେବେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି? କେବେ କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିଛନ୍ତି କି? କିମ୍ବା କୌଣସି ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି? ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଫଳୋପପାଦ ଅଧୀନରେ ଅଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
7. ଆପଣଙ୍କର ଚକ୍ଷୁ ଏବଂ ଆଡେନଏଡ୍, କାନରୁ ନିର୍ଗତ ହେବା, ମଧ୍ୟ କାନ ଏବଂ ମାସ୍‌ଟଏଡ୍ ରୋଗ (ଓଟିଟିସ୍ ମିଡିଆ, କୋଲେଷ୍ଟେଟୋମା, ଟିମ୍ପାନିକ୍ ମେମ୍ବ୍ରେନ୍ ଛିଦ୍ର) ନାସାଲ୍ ସେପ୍ଟମ୍ ଏବଂ ନାସାଲ୍ ସାଇନସ୍ ପାଇଁ କୌଣସି ସର୍ଜିକାଲ୍ ଚିକିତ୍ସା ହୋଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
8. ଏହି ସହଯୋଗୀ ଆଇନସତ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଗ୍ରେଡମିଲ୍ ପରୀକ୍ଷା, ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଏକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ଅଲଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମଆରଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫଏନଏସି ସହିତ ଜଡିତ କୌଣସି ଡାଇଗ୍ନୋଷ୍ଟିକ୍ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ କେବେ କୌଣସି ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି? (ପ୍ରତିକୂଳ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଗାଇନୋକୋଲୋଜିକାଲ୍ ସମସ୍ୟା ଅଛି କି ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ଅସ୍ୱାଭାବିକ ମେନସେସ୍ କିମ୍ବା ଅତ୍ୟଧିକ ରକ୍ତସ୍ରାବ, ଫାଇବ୍ରୋସ୍, ପ୍ରୋଲାମ୍ପ୍ ଉଚ୍ଚେରସ୍ ଏବଂ ସର୍ଭିକ୍ସ୍, ଏଣ୍ଡୋମେଟ୍ରିଓସିସ୍, ପିସିଓଟି, ହିଷ୍ଟେରେକ୍ଟୋମି ଇତ୍ୟାଦି	Y	N	Y	N	Y	N
10. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ଡିସଅର୍ଡର ଅଛି କି ଯେପରିକି ଝାଡ଼ା ବାହାର କରିବା ସମୟରେ ଯନ୍ତ୍ରଣା, ଝାଡ଼ାରେ ରକ୍ତ, ହେମୋରଏଡ୍, ଗୁଦା ଏବଂ ମଳାଶୟ ଅଞ୍ଚଳର ଫିସର କିମ୍ବା ଫିଷ୍ଟୁଲା କିମ୍ବା ଆବସେସ୍, ଗ୍ରୋଇନ୍ଦ୍ରେ ଫୁଲା, ହନିଆ, ପାନକ୍ରିଆଟାଇଟିସ୍, ପେଟ ଯନ୍ତ୍ରଣା, ଗଲ୍ ଗ୍ଲାନ୍ଡର ଷ୍ଟୋନ, ପାନକ୍ରିୟାସରେ ଷ୍ଟୋନ, ଅଲସର୍, କ୍ଷୟ ଏବଂ ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ଟ୍ରାକ୍ଟର ଭାରିସିସ୍ ଇତ୍ୟାଦି...	Y	N	Y	N	Y	N
11. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଚକ୍ଷୁ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିକୃତି ଅଛି କି ଯେପରିକି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ଡିମିନିସ୍ଡ୍ ଦୃଷ୍ଟି, ମୋଟିଆବିନ୍ୟୁ, ଗ୍ଲକୋମା, ରେଟିନାଲ୍ ଡିଟାଚମେଣ୍ଟ୍ ଇତ୍ୟାଦି...	Y	N	Y	N	Y	N
12. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଜେନିଟୋ-ୟୁରିନାରୀ ଡିସଅର୍ଡର ଅଛି କି ଯେପରିକି ପରିସ୍ରାରେ ରକ୍ତ, ଯନ୍ତ୍ରଣାଦାୟକ ପରିସ୍ରା, ବାରମ୍ବାର ପରିସ୍ରା, ପ୍ରୋଷ୍ଟେଟର ହାଇପରପ୍ଲାସିଆ, କିଡନୀ ଷ୍ଟୋନ, ହାଇଡ୍ରୋଫେଲ୍, ସ୍ପର୍ମାଟୋସେଲ୍, ନେଫ୍ରାଇଟିସ୍ ଇତ୍ୟାଦି	Y	N	Y	N	Y	N
13. ଆପଣଙ୍କର ଗଣ୍ଠି ଯନ୍ତ୍ରଣା / ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଗଣ୍ଠି ବଦଳାଇବା, ଅଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ବ୍ୟାକ୍ ପେନ, ଇଣ୍ଟରଭର୍ଟିବ୍ରାଲ୍ ଡିସ୍ ଡିସଅର୍ଡର / ସ୍କ୍ୱିପ୍ ଡିସ୍ (ଯେପରିକି ପିଆଇଡିଟି), ଅଣ୍ଡ୍ରୋଜିନରୋସିସ୍, ଗାଇଟ୍, ରୁମାଟିସ୍ ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଲିଗାମେଣ୍ଟ୍ ମରାମତି ପାଇଁ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର (ଏସିଏଲ୍ ଟିଆର୍, ଇତ୍ୟାଦି...) ପରି କୌଣସି ମାସପେଶୀ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିକୃତି ଅଛି କି...	Y	N	Y	N	Y	N

ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ରେ ଗୋଲ୍ ବୁଲନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର					
	1	2	3	4	5	6
ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ >=51 ବର୍ଷ						
1. ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ କୌଣସିଥିରେ ପୀଡିତ କି? a. କର୍ଡିଓ/ଲ୍ୟୁମ୍ବୋପେଟିଆ/ମାରାମ୍ପକ ଚ୍ୟୁମ୍ବର b. କାର୍ଡିଆକ୍ ଅସୁସ୍ଥତା {ହୃଦଘାତ, ବାଲ୍-ପାସ୍ ସର୍ଜରୀ ଇତ୍ୟାଦି} c. ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା {କିଡନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସ୍ଫୁସ୍, ଇତ୍ୟାଦି} d. ସ୍ନାୟୁଗତ ବିକାର/ଷ୍ଟ୍ରେକ୍/ପାରାଲିସିସ୍ e. କ୍ରନିକ୍ ଅବସ୍ଥୁକ୍ତିରୁ ପଲମୋନାରୀ ରୋଗ {COPD} / ପ୍ରଗତିଶୀଳ ଫୁସ୍ଫୁସ୍ ରୋଗ f. ହେପାଟାଇଟିସ୍ B କିମ୍ବା C, କ୍ରନିକ୍ ଲିଭର ରୋଗ, କ୍ରୋନିକ୍ ରୋଗ, ଅଲସର୍ରେଟିକ୍ କୋଲାଲିଟିସ୍ g. ଆଇରନ୍ ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା h. ଗାଇମ୍ 1 ଡାଇବେଟିସ୍	Y	N	Y	N	Y	N
2. ଆପଣଙ୍କର ମଧୁମେହ ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
3. ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
4. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦୈନିକ ନଗଦ କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ବାମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା ବାଦ୍ ଦେବା ପରି କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ କରାଯାଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
5. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ମନୋଚିକିତ୍ସା ବିକାରରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ଏକ ସପ୍ତାହରୁ ଅଧିକ ସମୟ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ରୋଗରେ କେବେ ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି? କେବେ କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିଛନ୍ତି କି? କିମ୍ବା କୌଣସି ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି? ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଫଳୋପପାଦ ଅଧୀନରେ ଅଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
7. ଆପଣଙ୍କର ଚକ୍ଷୁ ଏବଂ ଆଡେନଏଡ୍, କାନରୁ ନିର୍ଗତ ହେବା, ମଧ୍ୟ କାନ ଏବଂ ମାସ୍‌ଟଏଡ୍ ରୋଗ (ଓଟିଟିସ୍ ମିଡିଆ, କୋଲେଷ୍ଟେଟୋମା, ଟିମ୍ପାନିକ୍ ମେମ୍ବ୍ରେନ୍ ଛିଦ୍ର) ନାସାଲ୍ ସେପ୍ଟମ୍ ଏବଂ ନାସାଲ୍ ସାଇନସ୍ ପାଇଁ କୌଣସି ସର୍ଜିକାଲ୍ ଚିକିତ୍ସା ହୋଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
8. ଏହି ସହଯୋଗୀ ଆଇନସତ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଗ୍ରେଡମିଲ୍ ପରୀକ୍ଷା, ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଏକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ଅଲଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମଆରଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫଏନଏସି ସହିତ ଜଡିତ କୌଣସି ଡାଇଗ୍ନୋଷ୍ଟିକ୍ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ କେବେ କୌଣସି ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି? (ପ୍ରତିକୂଳ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଗାଇନୋକୋଲୋଜିକାଲ୍ ସମସ୍ୟା ଅଛି କି ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ଅସ୍ୱାଭାବିକ ମେନସେସ୍ କିମ୍ବା ଅତ୍ୟଧିକ ରକ୍ତସ୍ରାବ, ଫାଇବ୍ରୋସ୍, ପ୍ରୋଲାମ୍ପ୍ ଉଚ୍ଚେରସ୍ ଏବଂ ସର୍ଭିକ୍ସ୍, ଏଣ୍ଡୋମେଟ୍ରିଓସିସ୍, ପିସିଓଟି, ହିଷ୍ଟେରେକ୍ଟୋମି ଇତ୍ୟାଦି	Y	N	Y	N	Y	N
10. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ଡିସଅର୍ଡର ଅଛି କି ଯେପରିକି ଝାଡ଼ା ବାହାର କରିବା ସମୟରେ ଯନ୍ତ୍ରଣା, ଝାଡ଼ାରେ ରକ୍ତ, ହେମୋରଏଡ୍, ଗୁଦା ଏବଂ ମଳାଶୟ ଅଞ୍ଚଳର ଫିସର କିମ୍ବା ଫିଷ୍ଟୁଲା କିମ୍ବା ଆବସେସ୍, ଗ୍ରୋଇନ୍ଦ୍ରେ ଫୁଲା, ହନିଆ, ପାନକ୍ରିଆଟାଇଟିସ୍, ପେଟ ଯନ୍ତ୍ରଣା, ଗଲ୍ ଗ୍ଲାନ୍ଡର ଷ୍ଟୋନ, ପାନକ୍ରିୟାସରେ ଷ୍ଟୋନ, ଅଲସର୍, କ୍ଷୟ ଏବଂ ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ଟ୍ରାକ୍ଟର ଭାରିସିସ୍ ଇତ୍ୟାଦି...	Y	N	Y	N	Y	N
11. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଚକ୍ଷୁ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିକୃତି ଅଛି କି ଯେପରିକି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ଡିମିନିସ୍ଡ୍ ଦୃଷ୍ଟି, ମୋଟିଆବିନ୍ୟୁ, ଗ୍ଲକୋମା, ରେଟିନାଲ୍ ଡିଟାଚମେଣ୍ଟ୍ ଇତ୍ୟାଦି...	Y	N	Y	N	Y	N
12. ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ଜେନିଟୋ-ୟୁରିନାରୀ ଡିସଅର୍ଡର ଅଛି କି ଯେପରିକି ପରିସ୍ରାରେ ରକ୍ତ, ଯନ୍ତ୍ରଣାଦାୟକ ପରିସ୍ରା, ବାରମ୍ବାର ପରିସ୍ରା, ପ୍ରୋଷ୍ଟେଟର ହାଇପରପ୍ଲାସିଆ, କିଡନୀ ଷ୍ଟୋନ, ହାଇଡ୍ରୋଫେଲ୍, ସ୍ପର୍ମାଟୋସେଲ୍, ନେଫ୍ରାଇଟିସ୍ ଇତ୍ୟାଦି	Y	N	Y	N	Y	N
13. ଆପଣଙ୍କର ଗଣ୍ଠି ଯନ୍ତ୍ରଣା / ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଗଣ୍ଠି ବଦଳାଇବା, ଅଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ବ୍ୟାକ୍ ପେନ, ଇଣ୍ଟରଭର୍ଟିବ୍ରାଲ୍ ଡିସ୍ ଡିସଅର୍ଡର / ସ୍କ୍ୱିପ୍ ଡିସ୍ (ଯେପରିକି ପିଆଇଡିଟି), ଅଣ୍ଡ୍ରୋଜିନରୋସିସ୍, ଗାଇଟ୍, ରୁମାଟିସ୍ ଆଣ୍ଡ୍ରୋଜିନ, ଲିଗାମେଣ୍ଟ୍ ମରାମତି ପାଇଁ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର (ଏସିଏଲ୍ ଟିଆର୍, ଇତ୍ୟାଦି...) ପରି କୌଣସି ମାସପେଶୀ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ବିକୃତି ଅଛି କି...	Y	N	Y	N	Y	N
14. ଆପଣଙ୍କର ନିମ୍ନ ଅଙ୍ଗରେ ଯନ୍ତ୍ରଣା କିମ୍ବା ଫୁଲା, ନିମ୍ନ ଅଙ୍ଗର ଭାରିକୋଲ୍ ଶିରା ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
15. ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ଆଭ୍ୟନ୍ତରୀଣ କିମ୍ବା ବାହ୍ୟ ବେନିଗ୍ କିମ୍ବା ନିଓପ୍ଲାଜମ୍ / ଚ୍ୟୁମ୍ବର, ସିଷ୍ଟ, ସାଇନସ୍, ପଲିପ୍, ନୋଡୁଲ୍, ମାସ୍ କିମ୍ବା ଲମ୍ପ, ଅଲସର୍, କ୍ଷୟ ଏବଂ ଗ୍ୟାଷ୍ଟ୍ରୋଇଣ୍ଟେଷ୍ଟିନାଲ୍ ଟ୍ରାକ୍ଟର ଭାରିସିସ୍ ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N

ବିଭାଗ B: (ଦୟାକରି ଏହି ବିଭାଗଟି କେବଳ ଆବେଦନକାରୀ ଧ୍ୟାନ କରୁଥିଲେ କିମ୍ବା ତମାଖୁ/ଗୁଟଖା/ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ୍ୟପାନ କରୁଥିଲେ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)	i. ଚୋବାଇବା ଯୋଗ୍ୟ ତମାଖୁ / ଗୁଟଖା / ପାନ ମସଲା   ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ କେତେ ପାଉଁ ବ୍ୟବହାର କରୁଛନ୍ତି ତାହା ସ୍ପଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		ii. ମଦ   ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ କେତେ ml ବ୍ୟବହାର କରୁଛନ୍ତି ତାହା ସ୍ପଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ			iii. ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାର୍ଡ୍   ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ବ୍ୟବହାର ସ୍ପଷ୍ଟକରନ୍ତୁ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ଦୈନିକ ମଦ୍ୟପାନକାରୀ	1-10	> 10
ଆବେଦନକାରୀ 1							
ଆବେଦନକାରୀ 2							
ଆବେଦନକାରୀ 3							
ଆବେଦନକାରୀ 4							
ଆବେଦନକାରୀ 5							
ଆବେଦନକାରୀ 6							

ବିଭାଗ ସି: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ:										
ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ଲକ୍ଷଣ (ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ (ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ନିରୀକରଣ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାରର ବିବରଣୀ				ଅବସ୍ଥାନ ସମୟସୀମା	ମେଡିକେସନ୍ (ଗୁଡିକ) ଚିକିତ୍ସା	ଚିକିତ୍ସା କର୍ତ୍ତା	ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ଥିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ/ ଆଂଶିକ ଉଦ୍ଧାର କିମ୍ବା ଉଦ୍ଧାର ଚିକିତ୍ସା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ	ସଂଲଗ୍ନ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ (ହଁ/ନା)
	ଯଦି ତାଲକେଟିସ୍ ଏବଂ/ଏସି ସ୍ତର	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ସ୍ତର		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ						

**7. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ଉପରୋକ୍ତ ପଦ୍ଧତି ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକ ବିଭାଗରେ ଏକ ଚେକ୍ ମାର୍କ ଦିଅନ୍ତୁ)**

- ମୁଁ ଏହା ଦ୍ୱାରା ମୋ ଚରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା କରବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତ୍ତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ମୋ ଜ୍ଞାନ ଅନୁସାରେ ସମସ୍ତ ଦିଗରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ମୁଁ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବାକୁ ଅଧିକୃତ |
- ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକାରୀଙ୍କ ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଗାର୍ଜଯୋଗ୍ୟ ପ୍ରିମିୟମର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପେମେଣ୍ଟ୍ ପରେ ହିଁ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ |
- ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିଛି କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବିପଦ ଗ୍ରହଣର ଯୋଗାଯୋଗ ପୂର୍ବରୁ ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ହେଉଥିବା ଯେକୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ବିଷୟରେ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ଜଣାଇବି |
- ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ କୌଣସି ତାଲୁକ କିମ୍ବା ତାଲୁକଖାନାରୁ ତାଲୁକୀ ସୂଚନା ଖୋଜିବାକୁ ସମ୍ମତି ପ୍ରଦାନ କରୁଛି ଯିଏ କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ଯୋଗ ଦେଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ବିଷୟ ସମ୍ବନ୍ଧରେ କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିୟୁତ୍ତଦାତାଙ୍କଠାରୁ ସୂଚନା ଖୋଜିବା ଏବଂ ଯେକୌଣସି ବୀମାକାରୀଙ୍କଠାରୁ ସୂଚନା ଖୋଜିବା ଯାହାକୁ ବୀମା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି |
- ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ପ୍ରସ୍ତାବର ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିୟମାବଳୀ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହିତ ବୀମା / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାଲୁକୀ ରେକର୍ଡ ସହିତ ମୋ ପ୍ରସ୍ତାବ ସହିତ ଜଡିତ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି |
- ମୁଁ / ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଆମର ଏମ୍ପ୍ଲୋୟିମେଣ୍ଟ୍ ପ୍ରୋଭାଇଡର୍ ସହିତ ସେବା ପ୍ରଦାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମା / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାଲୁକୀ ରେକର୍ଡ ସହିତ ମୋ / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସହିତ ଜଡିତ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟିବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଉଛି |

ତାରିଖ  ସ୍ଥାନ  ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

8. ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଘୋଷଣା

(ସାର୍ବିଫକେସନ୍ ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି (କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ଜଣେ ସାକ୍ଷୀ ହେବାକୁ) | ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଏହାର ବିବରଣୀ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତାବକକୁ ବୁଝାଯାଇଛି, ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ସମାନ କଥା ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି:

ସାର୍ବିଫକେସ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ:

ସାର୍ବିଫକେସ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ:

ସାର୍ବିଫକେସ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

9. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଘୋଷଣାମାମା

(ସାର୍ବିଫକେସନ୍ ଯେଉଁଠାରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ଅନ୍ୟ ସଂଯୁକ୍ତ କାଗଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଇ ନାହିଁ) | ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଏବଂ ସଂଯୁକ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟଗୁଡ଼ିକର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ରୁଚ୍ଛର ମହତ୍ତ୍ୱକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିପାରିଛି | ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅନୁସାରେ \_\_\_\_\_ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ପୂରଣ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପାଇଲି |

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

10. ପ୍ରିନିୟମ୍ ବିବରଣୀ (କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିନିୟମ୍ ପେମେଣ୍ଟ୍ ବିକଳ୍ପ  ଚେକ୍  ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ୍  କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ / ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ  ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଙ୍ଗ୍  ନଗଦ  ଅନ୍ୟାନ୍ୟ

ପ୍ରିନିୟମ୍ ରାଶି  ଅନଲାଇନ୍ ପେମେଣ୍ଟ୍ ଗ୍ରାହକଙ୍କୁ ଆଇଡି:  ଚାରିଖ

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ / ଶାଖା  ନିଭା ରୁପା ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ

କୋଡ୍ ନମ୍ବର |  ବ୍ୟବସାୟ ଦ୍ୱାରା ସୃଷ୍ଟି: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ / ଅନ୍ୟ ବ୍ୟାଣେଲ

କୋଡ୍ ନମ୍ବର

ନାମ

ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ଚାରିଖ:  ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି:

ପ୍ରସ୍ତାବକ କିମ୍ବା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ କି?  ହଁ  ନା

11. କେବଳ ବ୍ୟାଙ୍କାସ୍ପୁରାଗୁ ବ୍ୟାଣେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍  ଏସପି କୋଡ୍  ଆରଏମ / ଏଲଜି କୋଡ୍

ସିଗ୍ନାଚର ଏକାଡରମ୍ ନମ୍ବର

12. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ମୁଁ ଏକ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି / ବ୍ରୋକରଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ / ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକାରୀ ଭାବରେ ମୁଁ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝାଇଛି, ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ସ୍ପଷ୍ଟ ସହିତ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି ଯେଉଁଥିରେ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ବିବୃତ୍ତି, ସୂଚନା ଏବଂ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ | ଯଦି କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଏ, ତେବେ ଏଥିରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଖୋଜାଯାଇଥିବା କୌଣସି ବିବରଣୀ କମ୍ପାନୀ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ରୁଚ୍ଛର ଆଧାର ହେବ |

ମୁଁ ଆହୁରି ବୁଝାଇଛି ଯେ ଯଦି କୌଣସି ମିଥ୍ୟା ବିବୃତ୍ତି / ସୂଚନା / ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ / ଅତିରିକ୍ତ ଭାବରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇଛି, ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁଯାୟୀ ତାଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ପଲିସିକୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଶୂନ୍ୟ ଏବଂ ଅବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରାଯାଇପାରେ ଏବଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ୍ କମ୍ପାନୀକୁ ବାଜ୍ୟାପ୍ତ କରାଯାଇପାରେ |

ଚାରିଖ

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

### 13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ

ରିହାତିର ନିଷେଧ (ବାମା ଆଇନ ୧୯୩୮ ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

- କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭାବନାରେ ବୀମା କରିବା, ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବା ପାଇଁ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିକୁ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବା ପାଇଁ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ ଅନୁମତି ଦେବେ ନାହିଁ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବେ ନାହିଁ, ପଲିସିରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା କମିଶନ କିମ୍ବା ପ୍ରିମିୟମର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କିମ୍ବା ଆଂଶିକ ରିହାତି ଦିଆଯିବ ନାହିଁ, କିମ୍ବା ପଲିସି ନେତୃତ୍ୱ କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ, କେବଳ ସେହି ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ ଯାହା ବୀମାକାରୀଙ୍କ ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରୋସେକ୍ୟୁଟିଭ୍ କିମ୍ବା ଟେକ୍ନିକାଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ଦିଆଯାଇପାରେ |
- ଯେଉଁ ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ବିଭାଗର ବ୍ୟବସ୍ଥା ପାଳନ କରିବାରେ ତିତ୍ତ୍ୱ କରନ୍ତି, ସେ ଦଶ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜୋରିମାନା ଦେବାକୁ ଦାୟୀ ରହିବେ |

### 14. ଗ୍ରାମୀଣ ଏବଂ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ବର୍ଗ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ):

ଆଶା କର୍ମୀ

ଏମିଟିଏନଆରଇଡିଏ କର୍ମୀ

### 15. ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି

ସଦସ୍ୟ ନାମ	ଆପଣଙ୍କର ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି ଅଛି କି?	ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି	ଏବିଏଚଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକାରୀ / ଚିପିଏ ସହିତ ତାଙ୍କରୀ ରେକର୍ଡ ବାଣ୍ଟିବାକୁ ସମ୍ମତ
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା
	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନା

### 16. ରିଫଣ୍ଡ ଏବଂ ଦାବି ପେମେଣ୍ଟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ପେମେଣ୍ଟ ଗ୍ରହଣ କରିବାର ବିକଳ୍ପ:  ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର୍

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ

ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର

ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍

ଏକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର

ନିଭା ବୁପା ହେଲଥ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- ସି-୯, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ପାର୍ଟ ୧, ନୂଆ ଦିଲ୍ଲୀ-110024

ଡିସକ୍ଲେମର: ବୀମା ହେଉଛି ଆବେଦନର ଏକ ବିଷୟ | ନିଭା ବୁପା ହେଲଥ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମାଟ୍ରିକା ହେଲଥ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଭାବରେ ଜଣାଯାଉଥିଲା) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ. 145) | 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାଟ୍‌ବଟ୍' ଲୋଗୋ ସେମାନଙ୍କର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ମାଲିକାନାରେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡମାର୍କ ଏବଂ ନିଭା ବୁପା ହେଲଥ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ଲାଲସେନ୍ଦ୍ର ଅଧୀନରେ ବ୍ୟବହୃତ ହେଉଛି | ଗ୍ରାହକ ସେକ୍ସନ୍‌ଲାଇନ୍: 1860-500-8888 | ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com | ସିଆଇଏଏ: U66000DL2008PLC182918 | ସର୍ଭିସ୍‌ଏବଂ ସର୍ଭିସ୍, ବାଦ୍, ବିପଦ କାରକ, ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ଏବଂ ଲାଭ ଉପରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିଜ୍ରୟ ଚୁଡ଼ାନ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିଜ୍ରୟ ଗ୍ରୋଗ୍ରାମ୍ ଭଲଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ |



ନିଭା ବୁପା ହେଲେ ଉତ୍ତମ ଉପାଦାନ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- ସି-୯, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ପାର୍ଟ ୧, ନୂଆ ଦିଲ୍ଲୀ-110024  
ତିସକ୍ଷେପକ: ବୀମା ହେଉଛି ଆବେଦନର ଏକ ବିଷୟ | ନିଭା ବୁପା ହେଲେ ଉତ୍ତମ ଉପାଦାନ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମାଲ୍ ବୁପା ହେଲେ ଉତ୍ତମ ଉପାଦାନ ଲିମିଟେଡ୍ ଭାବରେ ଜଣାଯାଉଥିଲା)  
(ଆଇଆରଟିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ. 145) | 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଟିବିଟ୍' ଲୋଗୋ ସେମାନଙ୍କର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ମାଲିକାନାଧିକାର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ ନିଭା ବୁପା ହେଲେ ଉତ୍ତମ ଉପାଦାନ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା  
ଲାଭସେବୁ ଅଧୀନରେ ବ୍ୟବହୃତ ହେଉଛି | ଗ୍ରାହକ ସେବାକ୍ରମ: 1860-500-8888 | ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com | ସିଆଇଏନ୍: U66000DL2008PLC182918 | ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ  
ସର୍ତ୍ତ, ବାଦ୍, ବିପଦ କାରକ, ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ଏବଂ ଲାଭ ଉପରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ଚୁଡ଼ାନ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ହୋଇଥିବା ଉପାଦାନରେ ପଢନ୍ତୁ |

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

#### କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆବେଦନ ନଂ.

ତାରିଖ

ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରେଟ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦ୍ୱାରା ରାଶି ଗ୍ରହଣ କରିଥିବାରୁ ଧନ୍ୟବାଦ ଅର୍ପଣ କରୁଛୁ | ରାଶି ଟଙ୍କା ତାରିଖ  
ପେମେଣ୍ଟ୍ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ଆମକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, ଯାହା ନିଷ୍ପତ୍ତି ଆମର ଏକମାତ୍ର ଏବଂ ସର୍ବୋଚ୍ଚ ବିବେଚନାର ଅଧୀନ ଅଟେ | ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ  
କରୁ, ତେବେ ଏହା ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ପ୍ରିମିୟମ୍ ସମୟାନ୍ତରା ଭାବରେ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଆମ ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରହଣ କରାଯାଏ କିମ୍ବା  
ହୃଦୟଙ୍ଗମ ନହୁଏ ତେବେ ଆମର କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ରହିବ ନାହିଁ | ଯଦି ଆମେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ ନକରୁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଜଣାଇବୁ ଏବଂ ତାହାର ପରୀକ୍ଷାର ଖର୍ଚ୍ଚ ଥିଲେ  
ତାହା ବାଦ୍ ଦେଇ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ପେମେଣ୍ଟ୍ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ |

ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ସିଲ୍ ର ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324