

ବରିଷ୍ଠ ପ୍ରଥମ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ

URN: 017

ବୀମା ରୁକ୍ଷ ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ରୁକ୍ଷ ଏବଂ ଏହା ଗ୍ରନ୍ଥ 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 ତଥ୍ୟ' କହିଥାଉ) । ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାତିଲ କରିବୁ, କୌଣସି ବାବି ଦେବୁ ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ଯଦି ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ 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 ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପରେ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ କଭରେଜ୍ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

Form fields for personal details including DOB, gender, marital status, and address.

ପିଲାମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୂର୍ବରୁ ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ପୁଁମୋର ଯଥାସମ୍ଭବ ଚେଷ୍ଟା କରିବି । ପୁଁ ସବୁଜ ହୋଇଯିବି । ମୋତେ କେବଳ ସତ୍ୟ କି ପତାଳୁ । ଦୟାକରି କୌଣସି କାଗଜ ନାହିଁ
ପୁଁ ଏହି ନୀତିକୁ ଏକ ଇଆଇଏକୁ ଶ୍ରେୟ ଦେବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।
ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ.

Form fields for company details including company name and address.

ଯଦି ଆପଣ ଚାହୁଁଛନ୍ତି ଯେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ଏକ ଇଆଇଏ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛୁ, ଦୟାକରି ସେକ୍ସ 9, ଏକଲକ୍ଷପଞ୍ଚ ଏବଂ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ ରେ ବିବରଣୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ କିମ୍ବା
ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ
ପୁଁ ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଡ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଏବଂ କୌଣସି ଏକ୍ସ୍‌ଏସ୍/କିମ୍ପା ଚୁପାୟ ପକ୍ଷ(ଇଏସ୍)/ସହଯୋଗୀମାନଙ୍କୁ ସ୍ୱାଗତ କଲୁ/ଏସ୍‌ଏମ୍‌ଏସ୍/ସର୍ଭିସ୍ କଲୁ/ଏସ୍‌ଏମ୍‌ଏସ୍, ପଲିସି ସମ୍ପନ୍ନୀୟ
ସୂଚନା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ ମୋପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ ମୋପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ ଏସ୍‌ଏମ୍‌ଏସ୍/ଇମେଲ୍/ଫୋନ୍/ହାଟ୍‌ଲାଇନ୍/ଫୋନ୍‌ସ୍‌କ୍ରିମ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି
ମୋଡ୍ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର

Form fields for policy details including policy type and terms.

9. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ ଏବଂ ଯୋଜନା ଚୟନ

Form fields for policyholder details including age and plan selection.

Form fields for dependent 1 including name, DOB, and relationship.

Form fields for dependent 2 including name, DOB, and relationship.

ଜରୁରୀକାଳୀନ ଯୋଗାଯୋଗ

ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)

STD କୋଡ୍ ସହ ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର

ବିକଳ ବୈଶିଷ୍ଟ୍ୟ

କୋ-ପେମେଣ୍ଟ (ଆଧାର ପଲିସିରେ ୫୦% କୋ-ପେମେଣ୍ଟ ଅଛି, କିନ୍ତୁ ଆପଣ ଏହାକୁ ୦% ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ହ୍ରାସ କରିପାରିବେ)

0% (ଆଡ୍-ଅନ୍) 20% 30% 40%

ବାର୍ଷିକ ସମ୍ଭାବ୍ୟ କଟାଯିବ (କଟାଯିବା ଯୋଗ୍ୟ ରାଶି ମୂଳ ବାମାନ 1/5 ଭାଗ ହେବ)

ହଁ ନାହିଁ

ଯୋଗାଯୋଗ(ଗୁଡିକ) ସୁରକ୍ଷିତ ରୁହୁଛି ହଁ ନାହିଁ

୩. ପୋର୍ଟେବିଲିଟି

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

ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରାଙ୍କ ନାମ ଯେଉଁମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୋର୍ଟେବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	କୌଣସି ବର୍ଷର ନିରନ୍ତର କଭରେଜ୍ ନାହିଁ ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟେବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଏ	ଅତୀତର ନୀତିରେ ଦାବି	ସମସ୍ତ କୌଣସି ଦାବି ବୋମ୍ବ ନାହିଁ	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ 1 (ସବୁଠାରୁ ପୁରୁଣା)	ବୀମା ରାଶି- ବର୍ଷ ୨	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୩	ବୀମା ରାଶି - ବର୍ଷ ୪ (ସମସ୍ତ ପଲିସି)

୪. ନାମାଙ୍କନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହେଲେ ନୋମିନିକୁ ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ । ଅନ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପାଇଁ, ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେଉଛନ୍ତି ନୋମିନି । ନୋମିନିକୁ ଦେଇ ଦେବା ହେଉଛି କମ୍ପାନୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବ ।

ନୋମିନୀଟ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନୀର ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିଯୁକ୍ତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିକ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

ନୋମିନୀଟ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ : ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା) ଆକାରଣ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା) ସମୟ(ସମ୍ପାଦନା) ସମ୍ପ୍ରତି

ଆକାରଣ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

5. ଚିକିତ୍ସା, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଧାରା ଏ: ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସମ୍ପର୍କରେ:	ଆବେଦନକାରୀ ୧	ଆବେଦନକାରୀ ୨
ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଡାକ୍ତରଖାନାର ଦୈନିକ ନଗଦ ଚଳା କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ଆବେଦନକୁ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା କରାଯାଇଛି କି?	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
ଧାରା ବି: ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେବେ କେବେ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କରିଛନ୍ତି କି:	ଆବେଦନକାରୀ ୧	ଆବେଦନକାରୀ ୨
i. ହୃଦ୍‌ଘାତ, ହୃଦ୍‌ଘାତ, ଇନ୍‌ଫାର୍‌କ୍‌ସନ୍ ହୃଦ୍‌ରୋଗ ବା କୋରୋନାରୀ ହୃଦ୍‌ରୋଗ, ଏନ‌ଜାଇନା ଇତ୍ୟାଦି ହୃଦ୍‌ରୋଗ	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
ii. ଚ୍ୟୁମ୍ବର, ଯେ କୌଣସି ଅଙ୍ଗର କର୍କଟ, ଲିଭରକେନିଆ, ଲିମ୍ଫୋମା, ସାର୍କୋମା	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
iii. ମୁଖ୍ୟ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା (କିଡନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ପୁସ୍ତୁସ ଇତ୍ୟାଦି)	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
iv. ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍, ଏନ‌ସେଫାଲୋପାଥୀ, ମସ୍ତିଷ୍କ ଫାଟିବା କିମ୍ବା କୌଣସି ସ୍ନାୟୁଗତ ରୋଗ	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
v. ପଲ୍ମୋନାରୀ ଫାଇବ୍ରୋସିସ୍, ପୁସ୍ତୁସ୍ ର ପଚନ ବା ଇଣ୍‌ଫ୍ଲୁଏନ୍‌ସାଲ୍ ପୁସ୍ତୁସ୍ ରୋଗ (ଆଇଏଲ୍‌ଡି)	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
vi. ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, କ୍ରନିକ ଯକୃତ ରୋଗ, କ୍ରୋନ ରୋଗ, ଅଲ‌ସେରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
vii. ଲୋହି ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
viii. କେବେ ବି ୫ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
ix. ଲଗାତାର ୧୦ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଛନ୍ତି କି? ଔଷଧ ରେ କେବଳ ଇନ‌ହେଲିଭ୍, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ୍, ମୌଖିକ ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀରର ଅଙ୍ଗରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>
x. ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା, ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରିଛନ୍ତି	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>	ନାହିଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ <input type="checkbox"/>

e. ଅତୀତରେ ହୋଇଥିବା କୌଣସି ରୋଗ ପାଇଁ କୌଣସି ନିୟମିତ/ ନିୟମିତ ଫଲୋଅପ୍ ଅଧୀନରେ, ଭଲ ହେଉ କି ନାହିଁ? ଫଲୋଅପ୍ ଅର୍ଥ ସମୟକ୍ରମେ ପରାମର୍ଶ, ଅନୁସନ୍ଧାନ ଇତ୍ୟାଦି	କି	କି
xii. ଗତ 30 ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ବର୍ତ୍ତମାନ ହୋଇଥିବା ସମସ୍ୟାଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସହ କୌଣସି ପରାମର୍ଶ କିମ୍ବା କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି?	କି	କି
ମଧୁମେହ (ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତ ଶର୍କରା), ପ୍ରାକ୍-ମଧୁମେହ, ଉଚ୍ଚ କିମ୍ବା ନିମ୍ନ ରକ୍ତଚାପ, ଛାତି ଯନ୍ତ୍ରଣା କିମ୍ବା କୌଣସି ହୃଦ୍ ରୋଗ କିମ୍ବା ଆଇରଏଚ୍ ରୋଗ, ଆଜମା, ଟ୍ରୋକାଲଟସ୍	କି	କି
1v. ପିତାମାତାଙ୍କ କୌଣସି ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ କିମ୍ବା ଜେନେଟିକ୍ ଅବସ୍ଥା ଅଛି କି? ଦୟାକର ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ ଯେ ଯଦି ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ବାହକ ଅବସ୍ଥାରେ ଅଛନ୍ତି ଅର୍ଥାତ୍ ଏହି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ନଥିଲେ କିନ୍ତୁ ବାହକ ଥିଲେ	କି	କି
xv. ପିତାଶୟ, କିଡନୀ, ମୂତ୍ରାଶୟ, ମୂତ୍ରାଶୟ, ଯୁବକର ଇତ୍ୟାଦି କୌଣସି ଅଙ୍ଗରେ କୌଣସି କ୍ୟାଲକ୍ୟୁଲାସ୍ (ଷ୍ଟୋନ୍) ବ୍ୟାଧି	କି	କି
ଚୂର୍ଣ୍ଣମର (ଫୁଲ) -ସୌମ୍ୟ ବା ମାରାତ୍ମକ, ଶରୀରର କୌଣସି ସ୍ଥାନରେ ବାହ୍ୟ ଅଲସର/ବୃଦ୍ଧି/ସିସ୍ଟ/ମାସ୍?	କି	କି
ଏଡଆଇଭି/ ଏସ୍ସ୍ ରକ୍ତହୀନତା, ଆଲାସେମିଆ, ହିମୋଫିଲିଆ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସମସ୍ୟା ।	କି	କି
xviii. ମାନସିକ/ମାନସିକ ରୋଗ ନା ନିଦ୍ରା ବିକାର?	କି	କି
xx. କୌଣସି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅବସ୍ଥା, ରୋଗ, ଲକ୍ଷଣ କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଯାହା ଉପରୋକ୍ତ ଭାବରେ କଣ୍ଠି ହୋଇନାହିଁ । ଯଦି ଏହି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର କାହା ପାଇଁ ହେଉଛି, ତେବେ ସମସ୍ତ ଡାକ୍ତରୀ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	କି	କି
xx. ଧୂମପାନ କିମ୍ବା ତମାଖୁ/ ଗୁଡ଼ଖା/ ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ ଧୂମପାନ ଯଦି ହୁଏ, ତେବେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ:	କି	କି
i. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ ଧୂମପାନ/ ତମାଖୁ ସେବନ ଆରମ୍ଭ କରିଥିଲେ? କ) ବିଦ୍ୟାଳୟ ଖ) ୧୦+୨ ଗ) କଲେଜ ଘ) କେବେ କାମ ଆରମ୍ଭ କଲା ଙ) ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ		
ii. ଆବେଦନକାରୀ କେତେ ବର୍ଷ ହେବ ମଦ ଧୂମପାନ କରୁଛନ୍ତି?		
iii. ଆବେଦନକାରୀ ସପ୍ତାହକୁ କେତେ ଦିନ ମଦ୍ୟପାନ କରନ୍ତି? (1/2/3/4/5/6/7)		

୭. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରତ୍ୟେକଙ୍କ ବିରୋଧରେ ଏକ ଟେବ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)

ମୁଁ ମୋ ଡାକ୍ତରୀରୁ ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ/ କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକାରୀ ପ୍ରାପ୍ତ ।

ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତା ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରମାଣ ଆଦାୟ ଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।

ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ବୀମା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସ୍ୱାଧୀନତା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ କୁ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି ।

ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଜଣାଇ ଯିବି କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିଯୁକ୍ତଦାତାଙ୍କ ଠାରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ 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 ନିୟମିତ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ସହ ଅଣଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।

ଯେବା ବିଚାରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ।

ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି: ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ମୁଁ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛୁ, _____, ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ _____ ଉପସ୍ଥିତରେ ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି । ସାକ୍ଷୀ କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।

କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ: ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ: ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର: ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

7. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା ବୀମା ଫର୍ମ ପୂରଣ ନହେଲେ ଘୋଷଣା

ଯଦି କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ବୀମା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ଦିନ ଏବଂ ପ୍ରଭାବକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ _____ ବୀମା ପୂରଣ କରାଯାଏ, _____ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅଧୀନରେ ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା: ମୁଁ ଜଣେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟର ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ବ୍ୟକ୍ତି / ଦଲାଲ / ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ ଭାବରେ, ଏହା ବୀମା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଉପାଦାନ / ପ୍ରସ୍ତାବର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

8. ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ ଟେକ୍ ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ / ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଂ ନଗଦ ଅନ୍ୟମାନେ

ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି ପ୍ରିମିୟମ୍ ପୈଠ କରାଯାଇଛି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ କାରବାର ଆଇଡି:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ଶାଖା ବିଭାଗନାମ D D M M - - - -

Nivaupa ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ କୋଡ୍ ନଂ.

ଉପାଦାନ ବ୍ୟବସାୟ: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ ଏଜେଣ୍ଟ୍ / ଅନ୍ୟ ଚ୍ୟାନ୍ସେଲ କୋଡ୍ ନଂ

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଏଥିରେ ମିଳିଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ: ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି:

ପ୍ରସ୍ତାବକ ନା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ? ହଁ ନାହିଁ

9. ଦାବି ଫୋରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ: ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ବିନକ୍ ନାମ

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: ସମ୍ପାଦନା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ

10. ନବୀକରଣ

ନବୀକରଣ ଦେୟ ଯାଇଥିବା ଅଫିସ୍:

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 ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ କାର୍ଯ୍ୟ ସୂଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିପାରିବେ ।

ମୁଁ ଏସିଏସ୍ / ଏସଆଇ ନବୀକରଣ ବିକଳ୍ପ ବାଛିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଏହା ବ୍ୟବହାର କରି ପଲିସି ନବୀକରଣ ହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ ଉପରେ 2.5% ରିହାତି ମିଳିବ ।

ବିଭାଗନାମ ସମ୍ପାଦନା ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

11. କେବଳ ବାଙ୍କାସୁରାବ୍ଧି ଚ୍ୟାନ୍ସେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍ SP କୋଡ୍ RM/LG କୋଡ୍

Customer account ବିଭାଗନାମ

12. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନା

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

1. କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିକୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସଂରକ୍ଷଣ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭାବନାରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ରିହାତି । କିମ୍ବା କୌଣସି ନୀତି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରସ୍ତେଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଟେରୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

9. ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କୁ ପାଳନ କରିବାରେ ଅସମର୍ଥ ହେଲେ ତାଙ୍କୁ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜରିମାନା ଦେବାକୁ ପଡିବ ।

13. ABHA ID

ସବସାଧକ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଏବିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ଚିପ୍ପିଏ ସହିତ ତାଙ୍କର ରେକର୍ଡ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ

ଆବେଦନ ନଂ.

ତାରିଖ

ତେଜସ୍ୱୀ / ଉପାଧିକାରୀ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବ୍ୟାପାର ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ ହେବା ପ୍ରସ୍ତୁତ ପ୍ରକାର ଚଳାକାଳ ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ । ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କମ୍ପାନୀ ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୋଣସି 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 ପ୍ରମାଣିତ 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 ମିଳୁଥିବା ଟାକ୍ସରା ପରାମର୍ଶ ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ।

ରିସିଭରଙ୍କ ନାମ ଓ ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍