

								ମେଡିକାଲ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନିୟମ, ପରିଷଦ ନାମ ଏବଂ କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ*
1		(ଏମ୍ / ଏସ୍ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ)	(dd/mm/y y yy)					

ଆଧାର କଭରେଜ୍:	
ନୀତି ପ୍ରକାର/ସମ୍ପାଦନା#:	ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	1
ଆଧାର ବୀମା ରାଶି:	
ନୀତି ଅବଧି:	୩ ବର୍ଷ

3. Portability

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

ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରକ ନାମ ଯେଉଁମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୋର୍ଟେବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	କୌଣସି ବର୍ଷର ନିରନ୍ତର କଭରେଜ୍ ନାହିଁ ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟେବିଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଏ	ଅତୀତର ନୀତିରେ ଦାବି	ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଣସି ଦାବି ବୋଧସ୍ୱ ନାହିଁ	ବୀମା ରାଶି – ବର୍ଷ 1 (ସବୁଠାରୁ)	ବୀମା ରାଶି – ବର୍ଷ ୨	ବୀମା ରାଶି – ବର୍ଷ ୩	ବୀମା ରାଶି – ବର୍ଷ ୪ (ସମାପ୍ତି ପଲିସି)

4. ନାମାଙ୍କନ[ସମ୍ପାଦନା]

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହେଲେ ନୋମିନିଜ୍ କୁ ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ । ଅନ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପାଇଁ, ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେଉଛନ୍ତି ନୋମିନି । ନୋମିନିଜ୍ ଦେୟ ଦେବା ହେଉଛି କମ୍ପାନୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବା ।

ନୋମିନୀଟ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନଂ. ଏବଂ ନୋମିନିଜ୍ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିଯୁକ୍ତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିଜ୍ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

ନୋମିନୀଟର ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ବିରାଧିକାରକ ନାମ: _____
 ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: _____ IFSC କୋଡ୍: _____
 ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: _____
 ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: _____

5. ଡାକ୍ତରୀ, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅଟୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

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

ବିଭାଗ A		1	
ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ । ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ସର୍ତ୍ତଲ କରନ୍ତୁ			
i. ସାଧାରଣ ଥଣ୍ଡା, ଫୁଲୁ, 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 ଇନ୍ଫ୍ଲୁଏନ୍ସା, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ୍, ନୋର୍ମାଲ ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀରର ଅଙ୍ଗରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।		୧୦୦	N
ii. ଆଇରଏଚ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଟ୍ରେକ୍ସିଲ୍ ପରୀକ୍ଷା, ଆଞ୍ଜିଓଟାଇନ୍, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସୋପି, ଅଲଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମ୍ଆର୍ଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫ୍ଏନ୍ଏସି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ଡାଇଗ୍ନୋଷ୍ଟିକ୍ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?		୧୦୦	N
iii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି ସେ କେବେ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତ ଶର୍କରା ରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି?		୧୦୦	N
iv. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?		୧୦୦	N
v. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ବ୍ୟାଧି କିମ୍ବା ଏଡଆଇଭି / ଏସ୍ପିଆଇ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?		୧୦୦	N
vi. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ / ମାନସିକ ରୋଗ ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?		୧୦୦	N
vii. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ସ୍ତ୍ରୀ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ଯେଉଁଥିପାଇଁ କୌଣସି ହସ୍ପିଟାଲିଜେସନ୍, ହର୍ମୋନ୍ ରିପ୍ଲେସମେଣ୍ଟ ଥେରାପି କିମ୍ବା ୫ ଦିନରୁ ଅଧିକ ଔଷଧ ଦିଆଯାଇଛି?		୧୦୦	N
୮. ଯଦି ଆବେଦନକାରୀ କେବେ ଗର୍ଭବତୀ ହୋଇଛନ୍ତି ତେବେ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ କୌଣସି ଜଟିଳତା ଦେଖାଦେଇଛି କି?		୧୦୦	N
୯. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ଅସ୍ୱାଭାବିକ ଯୌନରୁ ରକ୍ତସ୍ରାବ କିମ୍ବା ରକ୍ତସ୍ରାବରେ ଅନିୟମିତତା ହୋଇଛି କି?		୧୦୦	N

ବିଭାଗ B: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ହଁ (Y) 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	Medication(ଗୁଡ଼ିକ)	ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ସ୍ୱରୂପ	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ସ୍ଥିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁଦ୍ଧାର କିମ୍ବା ଚାଲିଥିବା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ	Documents attached (ହ / ନା)
	ଯଦି ମଧୁମେହ ଏଚବିଏସ୍ ସ୍ତର	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ସ୍ତର ସିଷ୍ଟୋଲିକ୍ / ଡାଇଷ୍ଟୋଲିକ୍	ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ	ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (DD/MM/YYYY)						

6. ଘୋଷଣା[ସମ୍ପାଦନା] (ଦୟାକରି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରତ୍ୟେକକ ବିରୋଧରେ ଏକ ଟେକ୍ ନାମ୍ ଲଗାନ୍ତୁ)

ମୁଁ ମୋ ଚରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତ୍ତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବାକୁ ଅଧିକାରପ୍ରାପ୍ତ ।

। ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକାରୀଙ୍କ ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଆଦାୟଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।

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

। ଘୋଷଣା । ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ତାଲର କିମ୍ବା ତାଲରଖାନାଠାରୁ ତାଲରା ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ମତି ଜଣାଉଛି ଯିଏ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ଜିନିଷ ବିଷୟରେ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିମ୍ନଲିଖିତାଙ୍କ ଠାରୁ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ଲୋଡ଼ିଛି ଏବଂ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ ସୂଚନା ଲୋଡ଼ିଛି ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନକୁ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।

। ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ /କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିୟାମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହିତ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାଲରା ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପନ୍ନୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।

ମୁଁ/ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପନ୍ନୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ଯେଉଁଥିରେ ଆମର ସେବା ପ୍ରଦାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାଲରା ରେକର୍ଡ ଗୁଡ଼ିକ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ।

7. Vernacular ଘୋଷଣା

if ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛନ୍ତି: ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ମୁଁ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି, __Language__ ସାର୍ଟିଫିକେଟ କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ Name, ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ Name witness __ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି । ସାକ୍ଷୀ କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।

ତାରିଖ __/__/__ Place _____ Proposer _____

ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ Person _____ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବରର ଦସ୍ତଖତ _____

ସାକ୍ଷୀ _____ Witness _____ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବରର ଦସ୍ତଖତ _____

8. ଘୋଷଣା[ସମ୍ପାଦକ]ଯଦି ଫର୍ମ ପୂରଣ ହୋଇନାହିଁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା & ପରାମର୍ଶଦାତାଘୋଷଣା[ସମ୍ପାଦକ]

ଯଦି କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାର୍ଗୁଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ଦିଗ ଏବଂ ପ୍ରଭାବକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ Name _____ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ, Mobile no _____ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅଧୀନରେ ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ _____

ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା: ମୁଁ ଜଣେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ ଏଜେଣ୍ଟର ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ବ୍ୟକ୍ତି / ଦଲାଲ / ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ ଭାବରେ, ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ଉପାଦ / ପ୍ରସ୍ତାବର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି

ବୀମା Advisor _____ ମଧ୍ୟସ୍ଥି କୋଡ୍ ର ଦସ୍ତଖତ: _____

9. ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

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

ପ୍ରିମିୟମ୍ amount _____

ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ by _____ proposer _____ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ

ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ ନେଣ୍ଡେଣ୍ଡ ଆଇଡି: _____ ତାରିଖ: __/__/__ ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ ଶାଖା _____

ନିଭା ବୁପା ଶାଖା ଅବସ୍ଥିତି _____ Code No _____ ବ୍ୟବସାୟ ଉତ୍ସ: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସ୍ସି/ କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ/ ଅନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍

ଗ୍ରାହକ ID: _____ ଗ୍ରାହକ ID: _____ ରେ ପ୍ରାପ୍ତ କୋଡ୍ No _____ Name _____ ପ୍ରସ୍ତାବ

ପ୍ରସ୍ତାବକ ନା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ? ହଁ ନାହିଁ

10. ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦାବି ଫେରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ସମସ୍ତ ଦେୟ (ପ୍ରିମିୟମ୍ ଫେରସ୍ତ, ଦାବି ଇତ୍ୟାଦି) କେବଳ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ ଜଳେକ୍ସ୍ ନିଜ୍ ମାଧ୍ୟମରେ କରାଯିବ । ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

ଶାଖା _____ ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ _____ City _____

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର _____ IFSC କୋଡ୍ _____ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: ସଞ୍ଚୟ ବେଚେସ୍ ସମ୍ପତ୍ତି

11. ନବୀକରଣ

ଉପାଦାନ ନାମ: ସୁରୋଗାଟ୍ | ଉପାଦ UIN: NBHHLIP24081V012324

ନବୀକରଣ ଦେଇ ସାଇନ୍ ଅପ୍:

ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରତିବର୍ଷ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ୱୟଂଚାଳିତ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ଏସିଏଚ୍) / ସ୍ଥାୟୀ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ଏସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରିବ । ଏହି ବିକଳ ଅଧୀନରେ, ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ତୁରନ୍ତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ ଆପଣ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ାୟ ସୂଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିପାରିବେ ।

_____ ଫୁଁ ଏସିଏଚ୍ / ଏସଆଇ ନବୀକରଣ ବିକଳ ଚୟନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଏହା ବ୍ୟବହାର କରି ପଲିସି ନବୀକରଣ ହେବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ ରପତରେ 2.5% ରିହାତି ଲାଭ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି

ତାରିଖ _ / _ / _____ Place _____ Proposer _____

12. କେବଳ ବାଙ୍କୀସୁରାକ୍ଷ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍ _____ SP Code _____ RM/LG କୋଡ୍ _____
 ଗ୍ରାହକ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର _____

13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

1. କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ପର୍କୀୟ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭବରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ରିହାତି । କିମ୍ବା କୌଣସି ନୀତି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତା ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରଶ୍ନୋତ୍ତର କିମ୍ବା ଚେତୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

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

14. କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆବୃତ୍ତିକ୍ରମ ନଂ: _____

ତାରିଖ _ / _ / _____

ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ ଯେ ଚେକ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ _____ drawn on _____ ତାରିଖର _____ ଟଙ୍କାର _____ ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା _____ drawn on _____ ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଦେୟ ଆମକୁ ଏକ ପୂଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, କେଉଁ 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 ପ୍ରିମିୟମ 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 ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ।

ଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍

15. ABHA ID

ସହସ୍ୟଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଆପଣଙ୍କ ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଏସିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ଟିପିଏ ସହିତ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡ ଅଣିବାର କରିବାକୁ ସମ୍ମତି
	ହଁ/ନା	XX-XXXX-XXXX-XXXX	ହଁ/ନା