



3.								
4.								
5.								
6.								

ପୂର୍ଣ୍ଣକାଳୀନ କଲେଜ କିମ୍ବା ବିଦ୍ୟାଳୟ ଶିକ୍ଷା ପାଇଁ ଛାତ୍ର ଉପରେ ବିଦେଶ ଯାତ୍ରା କରୁଥିବା ଛାତ୍ରଙ୍କ ବାପା ଅତିରିକ୍ତ ସୂଚନା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ହେବ

ଛାତ୍ରଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ଜନ୍ମ ତାରିଖ: \_\_\_\_\_

ବିଦ୍ୟାଳୟ/ ବିଶ୍ୱବିଦ୍ୟାଳୟର ନାମ ଏବଂ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଚୟନ କରାଯାଇଛି: \_\_\_\_\_

ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଅବଧି: \_\_\_\_\_

ପ୍ରାୟୋଜକ ନାମ: \_\_\_\_\_

ଛାତ୍ରଙ୍କ ସହ ପ୍ରାୟୋଜକ ସମ୍ପର୍କ: \_\_\_\_\_

ପ୍ରାୟୋଜକଙ୍କ ଠିକଣା: \_\_\_\_\_

ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ବିବରଣୀ

ନିଜା ବୁଝା ସାକ୍ଷ୍ୟ ବୀମା ରୁ ବର୍ତ୍ତମାନର ପଲିସିର ବିବରଣୀ- \_\_\_\_\_

ନିଜା ବୁଝା ସାକ୍ଷ୍ୟ ବୀମା ରୁ ପୂର୍ବ ଯାତ୍ରା ବୀମା ପଲିସିର ବିବରଣୀ- \_\_\_\_\_

### 3- କଭରେଜ୍ ଚୟନ:

ଆଧାର କଭରେଜ୍:	
ନୀତି ପ୍ରକାର:	ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	Adults _____ ଶିଶୁ _____
ନୀତି ଅବଧି:	_____ Days/ବର୍ଷ (ଯାହା ବି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) ଯାତ୍ରା ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ: _____ ଯାତ୍ରା ଶେଷ ତାରିଖ: _____
ଅନ୍ତର୍ଭୋଗୀ ଚିକିତ୍ସା (ଆଧାର ବୀମା)	
ମାତୃତ୍ୱ[ସମ୍ପାଦନା]	
ନବଜାତ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା	
ବିକଳ କଭରେଜ୍:	
ବହିର୍ଭୋଗୀ ଚିକିତ୍ସା	
ଜରୁରୀ କାଳୀନ ଆୟୁର୍ଲାନ୍ସ	
ହସ୍ପିଟାଲରେ ବୈଦିକ ନଗଦ ଚକା	
ଦତ୍ତ ଚିକିତ୍ସା [ସମ୍ପାଦନା]	
ଡାକ୍ତରୀ ସ୍ଥାନାନ୍ତର	
ରୋଗୀ ସେବା କୁ ସମ୍ପ୍ରଦାନ	
ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା	
ଦୁର୍ଘଟଣାଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ଏବଂ ଭିକ୍ଷଣ (ସାଧାରଣ ବାହକ)	
ମୃତଦେହ କୁ ଫେରାଇ ଆଣିବା	
ଚେକ୍-ଇନ୍ ବ୍ୟାଗେଜ୍ ର ସମୁଦାୟ କ୍ଷତି	
ଚେକ୍-ଇନ୍ ବ୍ୟାଗେଜ୍ ରେ ବିଳମ୍ବ	
ଯାତ୍ରା ବିଳମ୍ବ	
ଯାତ୍ରା ବାଟିଲ	
ଯାତ୍ରା ବାଧାପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି	
ପାସପୋର୍ଟ ହଜିଗଲା	
ଅନ୍ତର୍ଜାତୀୟ ପ୍ରାଇଭେଟ୍ ଲାଇସେନ୍ସ ହରାଇଲେ	
ସଂଯୋଗ ଭୁଲିଯାଇଛି	
ଆର୍ଥିକ ଜରୁରୀକାଳୀନ ନଗଦ ଚକା	
ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦାୟିତ୍ୱ	
ବୈଦିକ ଭଣ୍ଡା ଚୋରି	

ଲୀପତପ୍ତ, ଟାବଲେଟ୍, ମୋବାଇଲ୍ ଫୋନ୍, ବ୍ୟାମୋବା ହଜିଗଲା
ବାଉଳ୍ ବୁକିଂ- ହୋଟେଲ/ ସାଧାରଣ ବ୍ୟାମୋବା
ଅନୁକମ୍ପାମୂଳକ ଗସ୍ତ
ନାବାଲିକାକ ସୁରକ୍ଷା
ଦୁଃସାହସିକ କ୍ରୀଡ଼ା
କ୍ରୀଡ଼ା ଉପକରଣ ଉଡ଼ା
ଉଡ଼ା ରେ ଥିବା କ୍ରୀଡ଼ା ଉପକରଣ କ୍ଷତି କିମ୍ବା କ୍ଷତି
କ୍ରୀଡ଼ା କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ କଲରେଜ୍
ରଣ ରକ୍ଷକ
ଜରୁରୀକାଳୀନ ଯାତ୍ରା ସମ୍ପ୍ରଦାନ
ବିଜନେସ କ୍ଲାସ୍ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ
ଅଧ୍ୟୟନ ବାଧାପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଛି
ପ୍ରାୟୋଜକ ସୁରକ୍ଷା[ସମ୍ପାଦନା]
କର୍ମଚାରୀ ଓ ମେମୋରାଣ୍ଡା ପରୀକ୍ଷା
ଜାମିନ ବଣ୍ଟ
କଟିବା ଯୋଗ୍ୟ ଛାଡ଼
ବିକଳ ସହ-ବେୟ
ଭିସା ଫେରସ୍ତ
ଘର ରୁ ଘର କଭର
ସହକର୍ମୀକ ବଦଳି
ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ କଭର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରନ୍ତୁ

**୪- ନାମାଙ୍କନ:**

ପ୍ରସ୍ତାବକ ମୂଲ୍ୟ ହେଲେ ନୋମିନିଜ୍ ବାବି ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ। ଅନ୍ୟ ବାମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିକ ପାଇଁ, ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେଉଛି ନୋମିନିଜ୍। ନୋମିନିଜ୍ ବେୟ ଦେବା ହେଉଛି କମ୍ପାନୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବା ।

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

ନୋମିନିଜ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: **ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:** \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ସଂଖ୍ୟା[ସମ୍ପାଦନା] \_\_\_\_\_ ସମ୍ପ୍ରତି

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_ IFSC କୋଡ୍ \_\_\_\_\_

**5- ଚିକିତ୍ସା, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା:**

S.No	ବାମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିକ ସମ୍ପର୍କରେ:	ସଦସ୍ୟ 1	ସଦସ୍ୟ ୨	ସଦସ୍ୟ ୩	ସଦସ୍ୟ ୪	ସଦସ୍ୟ ୫	ସଦସ୍ୟ ୬
1	ନିମ୍ନଲିଖିତ କୌଣସି ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ଥିବା ବାମାଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସଦସ୍ୟକ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ଅଛନ୍ତି କି?						
1a	ହୃଦ୍ ପାତ, ହୃଦପାତ, ଇସ୍ତେମିକ୍ ହୃଦ୍ ରୋଗ ବା କୋରୋନାରୀ ହୃଦ୍ ରୋଗ, ଏଡ଼ିଆଇଡି, ଇଡିଆଡି ହୃଦ୍ ରୋଗ ।	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1b	ରୁମର, ଯେ କୌଣସି ଅଙ୍ଗର କର୍ମଚ, ଲିଭକେମିଆ, ଲିମ୍ଫୋମା, ସାର୍କୋମା	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1c	ପୁଖ୍ୟ ଅଙ୍ଗ ବିଫଳତା (କିଡନୀ, ଯକୃତ, ହୃଦୟ, ଫୁସଫୁସ ଇତ୍ୟାଦି)	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1d	ଷ୍ଟ୍ରେକ୍, ଏନସେଫାଲୋପାଥ, ମସିଷ୍ଟ ଫାଟିବା କିମ୍ବା କୌଣସି ସ୍ନାୟୁଗତ ରୋଗ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1e	ପଲ୍ମୋନାରୀ ଫାଇବ୍ରୋସିସ୍, ଫୁସଫୁସ୍ ର ପତନ କିମ୍ବା ଇଣ୍ଟରଷ୍ଟିଟାଲ୍ ଫୁସଫୁସ୍ ରୋଗ (ଆଇଏଲ୍)	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1f	ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବି ବା ସି, କ୍ରନିକ୍ ଯକୃତ ରୋଗ, କ୍ରୋନ ରୋଗ, ଅଲସେରେଟିଭ୍ କୋଲାଇଟିସ୍	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
1g	ଲୋହି ଅଭାବ ଜନିତ ରକ୍ତହୀନତା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରକ୍ତହୀନତା	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ

ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିବରଣୀ/ ଘୋଷଣା: \_\_\_\_\_

**6. ଘୋଷଣା (ଦେୟାକରି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଧ୍ୟାନ ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଉପରେ ଏକ ଟେକ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)**

- ମୁଁ ମୋ ଚରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକାରପ୍ରାପ୍ତ ।
- ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ବୀମା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଟରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଆଦାୟ ଯୋଗ୍ୟର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
- ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିଛି କମ୍ପାନୀ ବୀମା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ କୁ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି ।
- ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ତାତ୍ତ୍ୱିକ କିମ୍ବା ତାତ୍ତ୍ୱିକତାଠାରୁ ତାତ୍ତ୍ୱିକତା ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଯିଏ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନର ନିୟୁତ୍ତିଦାତାଙ୍କ ଠାରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ବିଷୟରେ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ମାଗିଛନ୍ତି ଏବଂ କୌଣସି ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କଠାରୁ 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 ନିୟମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷକ ସହ ଅଣଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାତ୍ତ୍ୱିକତା ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।
- ସେବା ବିତରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାତ୍ତ୍ୱିକତା ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ।
- ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ଶ୍ରେଣୀରେ ଉପସ୍ଥାପନ କରାଯାଇଛି: ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ମୁଁ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି, \_\_\_\_\_  
(ଭାଷା) \_\_\_\_\_, (ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ) \_\_\_\_\_ ଉପସ୍ଥିତିରେ, ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି । ସାକ୍ଷୀ କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।

ନାମ(ସମ୍ପାଦକ)  ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦକ]

ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ:  ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦକ]

ସାର୍ବିଫ୍ଟକେନ୍ସ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:  ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

**7- ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା ଘୋଷଣା ଦ୍ୱାରା ଫର୍ମ ପୂରଣ ନହେଲେ ଘୋଷଣା:**

ଯଦି କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାରଣପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ, ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ଦିଗ ଏବଂ ପ୍ରଭାବକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ, \_\_\_\_\_ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅଧୀନରେ ଏବଂ ମୁଁ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ \_\_\_\_\_

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

ବୀମା Advisor \_\_\_\_\_ ମଧ୍ୟସ୍ଥିକ ଦସ୍ତଖତ code \_\_\_\_\_

**8- ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ):**

ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ  ଟେକ୍  ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ  କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ  ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଂ  ନଗଦ  ଅନ୍ୟମାନେ

ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି  ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରାଯାଇଛି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ  ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ କାରବାର ଆଇଡି:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ଶାଖା  ନାମ(ସମ୍ପାଦକ)

Nivaupa ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ  କୋଡ୍ ନଂ.

ଉପାଦିତ ବ୍ୟବସାୟ: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ / ଅନ୍ୟ ବ୍ୟାବେଳ୍ କୋଡ୍ ନଂ.

ନାମ(ସମ୍ପାଦକ)

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

ହିଟାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦକ]

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦକ]

IFSC କୋଡ୍  ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର

ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦକ]

**10- ନବୀକରଣ\*:**

ନବୀକରଣ ଦେୟ ସାଇନ୍

ଅପ: କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନର ଅଟୋମେଟେଡ୍ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ଏସିଏଚ୍) / ୟୁ.ଏସ୍. ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ଏସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରତିବର୍ଷ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରମିୟମ୍ ପୈଠି କରାଯାଇପାରିବ। ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅଧୀନରେ, ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ତୁରନ୍ତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ ଆପଣ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ଯାଞ୍ଚ ସୂଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିପାରିବେ।

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

Dated \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ Proposer \_\_\_\_\_

\*ସିଙ୍ଗଲ ଟ୍ରପ୍ ପଲିସି ପାଇଁ ନବୀକରଣ ଲାଗୁ ହେବ ନାହିଁ।

**11- କେବଳ ବାକାସ୍ତ୍ରୀରାଜ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ):**

ଶାଖା କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ ଏସପି କୋଡ୍ \_\_\_\_\_ RM/LG କୋଡ୍ \_\_\_\_\_

ଗ୍ରାହକ ଆକାରଣ ନମ୍ବର \_\_\_\_\_

**12- ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ:**

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)  
 ୧. କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିକୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ପର୍କୀୟ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭବରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ଅଫର କରିପାରିବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା ପ୍ରମିୟମର କୌଣସି ଅଂଶ କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟେ। କିମ୍ବା କୌଣସି ନୀତି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରଶ୍ନୋତ୍ତର କିମ୍ବା ଚେତୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ  
 ୨. ଯଦି କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ଧାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କୁ ପାଳନ କରିବାରେ ଅବହେଳା କରନ୍ତି ତେବେ ତାଙ୍କୁ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜରିମାନା ଦେବାକୁ ପଡିବ।

**13- କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି:**

ଆବୃତ୍ତକର୍ତ୍ତା ନଂ: \_\_\_\_\_ ତାରିଖ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ଚେକ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / Others \_\_\_\_\_ of ତାରିଖରେ ପ୍ରସ୍ତୁତ  
 ଟଙ୍କାର ରାଶି \_\_\_\_\_ ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର \_\_\_\_\_

ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିନରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି 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 ପ୍ରମିୟମ୍ 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 ସୂକ୍ଷ୍ମରେ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ମିଳୁଥିବା ତାତ୍ତ୍ୱରୀ ପରୀକ୍ଷା ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ।

ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ seal \_\_\_\_\_ ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

**14- ABHA ID**

ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମ/ସମ୍ପର୍କୀୟତା	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଏବିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ଚିପ୍ପିଏ ସହିତ ତାତ୍ତ୍ୱରୀ 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
_____	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ	_____	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ
_____	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ	_____	<input type="checkbox"/> ନାହିଁ

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରସ୍ତ୍ରୀରାଜ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ ଅଫିସ୍:- ସି-୯୮, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪  
 ଡିଭିଜନ: ବୀମା ଏବଂ ଅନୁରୋଧ ବିଭାଗ। ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରସ୍ତ୍ରୀରାଜ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମ୍ୟାକ୍ସ ବୁପା ହେଲ୍ଥକରସ୍ତ୍ରୀରାଜ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଟିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫)। 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଟବିଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡ୍‌ମାର୍କ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକରସ୍ତ୍ରୀରାଜ୍ୟ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଛି। ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥଲାଇନ: 1860-500-8888। ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com।  
 ସିଆଇଏନ: U66000DL2008PLC182918। ସର୍ଭିସ୍, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରମ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରମ ପୂର୍ଣ୍ଣକାଳ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ।