

URN: 013

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

ପୂର୍ଣ୍ଣନାମା [ ] ନାମ[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ]  
DOB [ D D M M ] ଲିଙ୍ଗ: [ ] ପୁରୁଷ [ ] ମହିଳା [ ] ଅନ୍ୟମାନେ [ ] ଜାତୀୟତା[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ]  
ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା [ ]  
[ ]  
[ ]  
ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ] ସହର [ ]  
ଜିଲ୍ଲା [ ] ରାଜ୍ୟ ସରକାର [ ] ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ପରିଚୟ ନମ୍ବର [ ]  
ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍ ନମ୍ବର [ ] ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର [ ]  
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି [ ] ବିକଳ୍ପ ନମ୍ବର [ ]  
ସିଦ୍ଧେଶାୟୀ ନମ୍ବର (ବିକଳ୍ପ): [ ] ପ୍ୟାନ୍ ନମ୍ବର [ ]  
ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା) [ ]  
ରୋଜଗାର[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ] ବେତନଭରଣା [ ] ସ୍ୱୟଂ ନିୟୋଜିତ [ ] ଛାତ୍ର [ ] ଗୃହିଣୀ [ ] ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ [ ]  
ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରାଯାଇଛି [ ] ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ [ ]

ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମ ଠାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଭା ବୁପା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ/ କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ (ies)/ ସହଯୋଗୀକୁ ସ୍ୱାଗତ କଲୁ / ସମ୍ବନ୍ଧିତ କଲୁ, ଯେବା କଲୁ / ସମ୍ବନ୍ଧିତ କଲୁ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ସ୍ୱୀକୃତି ପ୍ରଦାନ କଲୁ / ସମ୍ବନ୍ଧିତ କଲୁ / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ଫେସ୍‌ବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇଛି

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ପିଇପି# ଅଟନ୍ତି କି?  ହଁ  ନାହିଁ  
#Politically ପ୍ରକାଶିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ହେଉଛି ଯେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନେ ପ୍ରମୁଖ ସାବିତ୍ରୀ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ପ୍ରମୁଖ/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କର୍ମଚାରୀ ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟକ୍ତି ଅଧିକାରୀ ଅଟନ୍ତି । ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଚିତ୍କରଣ କରନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୂର୍ବକ ପିଇପି ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

ଆପଣ ପଲିସି କିମ୍ବଦନ୍ତୀର ଫିଜିକାଲ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି:  ହଁ  ନାହିଁ

ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:  
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ]  
ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର [ ] IFSC କୋଡ୍ [ ]  
ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ପ୍ରାପ୍ତବୟସ] [ ] ସଂଗ୍ରହ [ ] ଶାଖା [ ] ସହର [ ]

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ (ଇଆଇଏ)ର ବିବରଣୀ  
ଆପଣ ଏକ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଏହି ପଲିସି ଜମା କରିବାକୁ ଚାହାଁନ୍ତି କି? (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ)  
 ନା, ମୋର ଏକ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ  ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରେଡିଟ୍ କରନ୍ତୁ  
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବ୍ୟୟନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ। [ ]  
ଦୟାକରି ବୀମା ଭଣ୍ଡାର ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)  
 ୧.ଏସ୍‌ଏସ୍‌ଏଲ୍  ୨.ସିଆଇଆଇଏଲ୍  ୩.କାର୍ଡି  4.CAMS (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ)

କିମ୍ବା  
 ମୋର ବର୍ତ୍ତମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏକ ନୂତନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ସୃଷ୍ଟି କରିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ  
(ଦୟାକରି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କାଗଜପତ୍ର ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ବୀମା ଖାତା ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (ଇଆଇଏ ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ)।



୪. ନାମାଙ୍କନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୂଲ୍ୟ ଘଟିଲେ, ପଲିସି ଅଧୀନରେ ବକେୟା କୌଣସି ଦେୟ ନିମ୍ନନାମିତ ନୋମିନିଟ୍ କୁ ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ହେବ । ନୋମିନିଟ୍ ଦ୍ୱାରା ଏଭଳି ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତି ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀର ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବ । ଅନ୍ୟ ସମସ୍ତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନୋମିନାଟ ବ୍ୟକ୍ତି ନିଜେ ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବେ ।

ନୋମିନାଟ ନାମାଙ୍କନ	ନିଜ୍ଞ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ନୋମିନିଟ୍ ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ନିଯୁକ୍ତ ନାମ (ଯଦି ନୋମିନିଟ୍ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ଅଟେ)

ନୋମିନିଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମାଙ୍କନ: \_\_\_\_\_ ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା) \_\_\_\_\_ ସମ୍ପର୍କିତ \_\_\_\_\_

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

5. ଚିକିତ୍ସା, 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 ବୁଝାଇ ଦେବା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ । ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ୍, ଆଂଶିକ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଦାବି ଏବଂ / କିମ୍ବା କଭରେଜ୍ କୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ ।

ବିଭାଗ A: ଦୟାକରି ଚିକିତ୍ସା ଅବସ୍ଥା ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର					
	1	2	3	4	5	6
ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ । ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ସର୍ତ୍ତଲ କରନ୍ତୁ						
i. ଆପଣ କେବେ ୫ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି କି, କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦେଇଛନ୍ତି କି, କିମ୍ବା କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଛନ୍ତି କି/ ୧୪ ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ଦେଖିଛନ୍ତି କି? ଔଷଧ କେବଳ ଇନହେଲର, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ୍, ମୌଣ୍ଡିକ ଔଷଧ ଏବଂ ଚପିକାଲ ଆବିକେସନରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।	Y	N	Y	N	Y	N
ii. ଆଇରଏଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ, ଟ୍ରେନ୍ସ୍ମିଟ୍ ଟେଷ୍ଟ, ଆଞ୍ଜିଓଗ୍ରାଫି, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ଅଲଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ, ଏମଆଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏଫଏନ୍ଏସି ଭଳି କୌଣସି ନିଦାନ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ଆପଣଙ୍କର କେବେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
iii. ଆପଣଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି ଆପଣ କେବେ ଭଜ ରକ୍ତ ଶର୍କରା ରେ ପାଢ଼ିବ ଅଛନ୍ତି?	Y	N	Y	N	Y	N
୪. ଆପଣଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
v. ଆପଣଙ୍କର ପୂର୍ବରୁ ଥିବା କୌଣସି ରୋଗ/ଅବସ୍ଥା ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ବ୍ୟାଧି କିମ୍ବା ଏଟଆଇଭି / ଏସ୍ପି ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
ଆପଣ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ ମାନସିକ ରୋଗ ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା ପାଇଛନ୍ତି କି?	Y	N	Y	N	Y	N
୮. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଡାକ୍ତରଖାନା ଦୈନିକ ନଗଦ ଟଙ୍କା କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ କେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ଼ କିମ୍ବା କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବାଦ୍ ଦେବା ଭଳି କୌଣସି ବିଶେଷ ସତର୍କ ସମ୍ପର୍କୀତ ହେବାକୁ ପଡ଼ିଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N

ବିଭାଗ B: (ଦୟାକରି କେବଳ ଏହି ବିଭାଗ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଆବେଦନକାରୀ ଧୂମପାନ କରନ୍ତି କିମ୍ବା ଚମାସ୍ତ୍ର/ ଗୁଣ୍ଡା/ ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ ଧୂମପାନ କରନ୍ତି)	i. ଚୋବାଇବାଯୋଗ୍ୟ ଚମାସ୍ତ୍ର/ ଗୁଣ୍ଡା/ ପାନ ମସଲା - ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ପାଉଁଟ ସଂଖ୍ୟା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		ii. ମଦ୍ୟପାନ । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ ml ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ		iii. ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାରେଟ୍ । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ବ୍ୟବହାର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ	
	1-10	>୧୦	<= 450	>୪୫୦	1-10	>୧୦
ଆବେଦନକାରୀ ୧						
ଆବେଦନକାରୀ ୨						
ଆବେଦନକାରୀ ୩						
ଆବେଦନକାରୀ ୪						
ଆବେଦନକାରୀ ୫						
ଆବେଦନକାରୀ ୬						

ବିଭାଗ C: ବିଭାଗ A ରେ ହିଁ (Y) ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦେଶ କରନ୍ତୁ:

ଆବେଦନକାରୀ ନାମ	ଲକ୍ଷଣ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ(ଗୁଡ଼ିକ) କିମ୍ବା ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ				ଖିସଧା[ସମ୍ପାଦନା]	ମାତ୍ରା[ସମ୍ପାଦନା]	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ସ୍ଥିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁଦ୍ଧାର କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା ବିବିଧା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ	ମଧୁମେହ (ହ/ନା) ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଦସ୍ତାବିଜ	
	ଯଦି ମଧୁମେହ ଏଡ଼ିବିଏସି ସ୍ତର	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ସ୍ତର		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ						ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (DD/MM/YYYY)
		Systolic	Diastolic							

**6. ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ପଲିସି ପୂରଣ ଏବଂ ସେବା ଯୋଗାଯୋଗ ପାଇଁ ଅନୁମୋଦନ**

ଆପଣ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି ଏବଂ କମ୍ପାନୀକୁ ଆପଣଙ୍କ ସମସ୍ତ ନୀତି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ପ୍ରେରଣ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇ କାଗଜ ସମ୍ପର୍କ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି?  ହଁ  ନାହିଁ

**7. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନର ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଉପରେ ଏକ ଚେକ୍ 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 ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିରୁ ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଟରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଆଦାନ ଯୋଗ୍ୟର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
- ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିଛି କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃତ୍ତି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନକୁ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି ।
- ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ତାତ୍ତ୍ୱିକ କିମ୍ବା ତାତ୍ତ୍ୱିକତାଠାରୁ ତାତ୍ତ୍ୱିକତା ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଜଣାଉଛି ଯେଉଁମାନେ ଯେକୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିୟୁତ୍ତିବାଚୀଙ୍କ ଠାରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ବ୍ୟକ୍ତିର ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ବିଷୟରେ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ମାଗିଛନ୍ତି ଏବଂ କୌଣସି ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଠାରୁ ସୂଚନା ମାଗିଛନ୍ତି ଯାହାକୁ ବୀମା / ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଉପରେ ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନକୁ ଅଣ୍ଟାଲିଖିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।
- ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିୟାମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହ ଅଣ୍ଟାଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାତ୍ତ୍ୱିକ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।
- ସେବା ବିତରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ତାତ୍ତ୍ୱିକ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ।

ନିକ୍ଷେପକାରୀ  ଖାତାଖୋଲଣା  ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

**୮. ଦେଖିବା ଘୋଷଣା**

(ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି (କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ସାକ୍ଷୀ ହେବେ)। ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ଏବଂ ଏହାର ବିବରଣୀ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି:

ଏହାର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]  ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ:  ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଦେଉଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି:  ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]  ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]  ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

**9. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଘୋଷଣା**

(ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଯେଉଁଠାରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାଗଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ)। ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଏବଂ ସଂଯୋଜିତ ଦସ୍ତାବିଜର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ରୁକ୍ତିର ମହତ୍ତ୍ୱକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି । ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶରେ \_\_\_\_\_ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ ଠିକ୍ ବୋଲି ପାଇଲି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ[ସମ୍ପାଦନା]

10. ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ  ଟେକ୍  ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ  
 କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ  ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ  ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଙ୍ଗ୍  
 ନଗଦ  ଅନ୍ୟମାନେ

ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି

ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ କାରବାର ଆଇଡି:

କାର୍ଡନମ୍ବର

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ଶାଖା

Nivaupa ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ

କୋଡ୍ ନଂ.

ବ୍ୟବସାୟ ଦ୍ୱାରା ଉପକ୍ରମ ହୋଇଛି:  
 ପରାମର୍ଶଦାତା/ଡିଏସଟି/କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ/ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ୍

କୋଡ୍ ନଂ

କାର୍ଡନମ୍ବର

ଏଥିରେ ମିଳିଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ:

ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି:

11. କେବଳ ବାଙ୍କାସୁରାକ୍ଷ ଚ୍ୟାନେଲ୍ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍  SP କୋଡ୍

RM/LG କୋଡ୍

Customer account   
 ନମ୍ବର[ସମ୍ପାଦନା]

12. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

- ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପୃକ୍ତ କି? ହଁ/ନା; ଯଦି ହଁ, ସମ୍ପର୍କର ପ୍ରକୃତି?
  - ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ କେତେ ଦିନ ଧରି ଜାଣନ୍ତି?  ମାସ ମାସ[ସମ୍ପାଦନା]
  - ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ପରିଚୟରେ ସନ୍ତୁଷ୍ଟ କି?  ହାଁ  ନାହିଁ
  - ପ୍ରସ୍ତାବକ କିମ୍ବା କୌଣସି ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କୌଣସି ଶାରୀରିକ ବିକୃତି/ ଛୁଟି କିମ୍ବା ମାନସିକ ଅନୁସରଣ ଅଛି କି?  ହାଁ  ନାହିଁ
  - ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ନୀତିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ, ନବୀକରଣ ପାଇଁ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ, ବାଦ୍ ଦେବା, ପଲିସିର ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ବିଷୟରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛନ୍ତି କି ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଘୋଷଣା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରିଛନ୍ତି କି?  ହାଁ  ନାହିଁ
  - ନୈତିକ ବିପଦ ସମ୍ବନ୍ଧେ ସମସ୍ତ କାରଣକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଆପଣ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ସୁପାରିଶ କରନ୍ତି କି?  ହାଁ  ନାହିଁ
  - ଆପଣ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ ଦେଇଛନ୍ତି କି ଏବଂ ସମସ୍ତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି କି ଯାହା ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ତାଙ୍କ ସ୍ୱାର୍ଥରେ ଥିବା ସର୍ବୋତ୍ତମ କିଭଳିରେ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେବାକୁ ସକ୍ଷମ କରିବ?  ହାଁ  ନାହିଁ
- ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

- କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ବନ୍ଧରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ବର୍ଣ୍ଣାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ରିହାତି। କିମ୍ବା କୌଣସି ନୀତି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରସ୍ତେଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଚେତୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ 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. ABHA ID

ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ ସହମତି ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ୍ ସହିତ ଏବଂ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ଡିପିଏ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ହାଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ

15. ବାବି ଫୋରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ:  ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର  
 ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_  
 ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_ ଆଇଏଫଏସସି: \_\_\_\_\_  
 ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର: \_\_\_\_\_  
 ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର: \_\_\_\_\_

ନିଭା ଗୁପ୍ତା ହେଲ୍ଥକେୟାର ସୁଧାକର୍ମୀ ଲିମିଟେଡ୍  
 ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- ସି-୯, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ଗୁଆବିଲ୍ଡ-୧୧୦୦୨୪

ଅସ୍ୱୀକାର: ବୀମା ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ ବସ୍ତୁ ଅଟେ । ନିଭା ଗୁପ୍ତା ହେଲ୍ଥକେୟାର ସୁଧାକର୍ମୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମ୍ୟାକ୍ ଗୁପ୍ତା ହେଲ୍ଥକେୟାର ସୁଧାକର୍ମୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫୫)।  
 'ଗୁପ୍ତା' ଏବଂ 'ହାର୍ଡବଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଗ୍ରେଣ୍ଡାକ୍ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଭା ଗୁପ୍ତା ହେଲ୍ଥକେୟାର ସୁଧାକର୍ମୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଛି । ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥକେୟାର: 1860-500-8888 । ୱେବସାଇଟ୍:  
 www.nivabupa.com | ସିଆଇଏନ: U66000DL2008PLC182918 । ସର୍ଭିସ୍ କେନ୍ଦ୍ର, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତ୍ୟାକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତକକୁ ଭଲ ଭାବରେ

ଏହି ସ୍ଥାନକୁ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟମୂଳକ ଭାବରେ ଖାଲି ରଖାଯାଇଛି



ନିଭା ବୁପା ଏହାର ଗ୍ରାହକମାନଙ୍କ ସହିତ ନିରପେକ୍ଷ ଏବଂ ସୁସ୍ଥ ହେବା ପାଇଁ ଉତ୍ସର୍ଗୀକୃତ । ଏହି ଦସ୍ତାବିଜ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିର ମୁଖ୍ୟ ବୈଶିଷ୍ଟ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ସଂକ୍ଷେପ କରେ, କିନ୍ତୁ ଏହା ଆପଣଙ୍କ ନୀତି ଚୁକ୍ତିନାମାକୁ ପ୍ରତିସ୍ଥାପନ କରେ ନାହିଁ ଏବଂ ଆପଣ ଏହି ଉପାଦାନ କ୍ରମ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଆପଣଙ୍କ ନୀତିର ସମସ୍ତ ବିବରଣୀ ପଢ଼ିବାକୁ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଉତ୍ସାହିତ କରୁଛୁ ।

ନିଭା ବୁପା ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ଆଣିଛି ଆରୋଗ୍ୟ ସଞ୍ଜୀବନୀ ପଲିସି - ଏକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନା ଯେଉଁଥିରେ ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ସମସ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସୁବିଧା ରହିଛି । ଏହି ପଲିସି ଆପଣଙ୍କୁ ଯେକୌଣସି ପ୍ରକାରର ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା, ଦିନ ଯତ୍ନ ଚିକିତ୍ସା ଏବଂ ବିକଳ ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ଅନୁମତି ଦେଇଥାଏ ।

ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିର ନିମ୍ନଲିଖିତ ଇନ୍-ବିଲ୍ଡ ସୁବିଧା ଅଛି, ପଲିସି ଚୁକ୍ତିନାମାରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କିଛି ସୀମା ଏବଂ ବାଦ୍ ଦିଆଯାଇଛି:

- କୋଠରୀ ଭଡ଼ା ଓ ଆଇସିୟୁ ଚାର୍ଜ ସମେତ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ରୋଗୀ ସେବା ।
- ରୁମ୍ ଭଡ଼ା  
ସୀମା: ରୁମ୍ ଭଡ଼ା: ବୀମା ରାଶିର ୨% ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଦିନକୁ ସର୍ବାଧିକ \$,୦୦୦ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ।  
- ଆଇସିୟୁ/ଆଇସିସିୟୁ: ବୀମା ରାଶିର ୫% ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଦୈନିକ ସର୍ବାଧିକ ୧୦,୦୦୦ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ।
- ସମସ୍ତ ଦିନର ଯତ୍ନ ଚିକିତ୍ସା ଅନୁମତି ।
- ରୋଡ୍ ଆମ୍ବୁଲାନ୍ସରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ପାଇଁ ୨,୦୦୦ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଖର୍ଚ୍ଚ କରିବାକୁ ପଡ଼ୁଛି ।
- ଆୟୁଷ ଚିକିତ୍ସା (କେବଳ ରୋଗୀ ସେବା) ।
- ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ୩୦ ଦିନ ପୂର୍ବରୁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ପୂର୍ବରୁ ।
- ହସ୍ପିଟାଲରୁ ଡିସଚାର୍ଜ ହେବାର ୨୦ ଦିନ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ପରେ ।
- ଓରାଲ କେମୋଥେରାପି, ରୋବୋଟିକ୍ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଇତ୍ୟାଦି ଭଳି ଆଧୁନିକ ଚିକିତ୍ସା ବୀମା ରାଶିର ୫୦% ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଅନୁମତି ।
- ମୋଟିଆସିନ୍ଦ୍ର ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ବୀମା ରାଶିର ୨୫% ସୀମା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଅନୁମତି, ଯାହା ଆଖି ପିଛା ସର୍ବାଧିକ ୪୦,୦୦୦ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଅନୁମତି । ଏହି ସୁବିଧା ୨୪ ମାସର ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ପରେ ଉପଲବ୍ଧ ହେବ ।
- ପ୍ରତ୍ୟେକ ବାବି ମୁକ୍ତ ପଲିସି ବର୍ଷରେ ସମୁଦାୟ ବୋନସ ୫%, ବୀମା ରାଶିର ସର୍ବାଧିକ ୫୦% ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ । ବାବି କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଆଦାୟ ହୋଇଥିବା ସମୁଦାୟ ବୋନସ ସମାନ ହାରରେ ହ୍ରାସ କରାଯିବ ।

ଧାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ ନୀତି ଅନୁଯାୟୀ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ:

- ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ହେବାର ୩୨ ମାସ ପରେ ଏବଂ କ୍ରମାଗତ ନବୀକରଣ ଅଧୀନରେ ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ।  
ଚିକିତ୍ସା ର ଆବଶ୍ୟକତା ନଥିଲେ ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ହେଉଛି ପ୍ରଥମ ଦିନରୁ କଭର ହୋଇଥିବା ଏକ ଦୁର୍ଘଟଣା କାରଣରୁ ।
- ଆମ ସହିତ ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ହେବା ପରଠାରୁ, ପଲିସି ଚୁକ୍ତିନାମାରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କିଛି ସର୍ତ୍ତ ପାଇଁ ୨୪ ଏବଂ ୪୮ ମାସର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି, ଯଦି ଏହି ଅବସ୍ଥା ସିଧାସଳଖ ଦୁର୍ଘଟଣା ବ୍ୟାଧି ହୁଏ (ପ୍ରଥମ ଦିନରୁ ଅନୁମତି) ।

ମନେରଖନ୍ତୁ ଯେ ନୀତି ଚୁକ୍ତିନାମାରେ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ମାନକ ବହିଷ୍କାର ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଅଟେ । ଏହାବ୍ୟତୀତ, ଡାକ୍ତରୀ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ଉପରେ ଆଧାର କରି, କିଛି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବାଦ୍ ମଧ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିରେ ଲାଗୁ ହୋଇପାରେ ।

ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିର ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ପ୍ରମୁଖ ବୈଶିଷ୍ଟ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଅଟେ:

- ଆପଣ ଏହି ପଲିସିକୁ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି କିମ୍ବା ପରିବାର ପାଇଁ ନେଇପାରିବେ । ଏହି ନୀତି ଅଧୀନରେ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ପରିବାର ସଦସ୍ୟମାନେ ସ୍ୱୟଂ, ଜୀବନସାଥୀ, ସନ୍ତାନ, ପିତାମାତା ଏବଂ ଶ୍ୱଶୁର ଅଟନ୍ତି । କେବଳ ନବୀକରଣ ସମୟରେ ସଦସ୍ୟମାନଙ୍କର କୌଣସି ସଂଯୋଜନ କିମ୍ବା ବିଲୋପ କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ।
- ଚୟନ କରାଯାଇଥିବା ବୀମା ରାଶି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭିତ୍ତିରେ (ଅର୍ଥାତ୍ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ ଅଲଗା ସମାନ ବୀମା ରାଶି) କିମ୍ବା କ୍ଲୋଚର ଆଧାରରେ (ଅର୍ଥାତ୍ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବଣ୍ଟନ କରାଯାଇଥିବା ସମାନ ରାଶି) ହୋଇପାରେ ।
- ସମସ୍ତ ବାବି ଉପରେ ୫% ସହ-ଦେୟ ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ ।
- ପଲିସି ଅଧୀନରେ ବାର୍ଷିକ, ଅର୍ଦ୍ଧବାର୍ଷିକ, ତ୍ରିମାସିକ ଏବଂ ମାସିକ ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ପଦ୍ଧତି ଉପଲବ୍ଧ । ମାସିକ ମୋଡ୍ ପାଇଁ ପ୍ରଥମ ମାସର ପ୍ରିମିୟମ କିଛି ସହିତ ଦ୍ୱିତୀୟ ପଲିସି ମାସର ପ୍ରିମିୟମ ପୈଠ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ । ଏହାପରେ ତୃତୀୟ ପଲିସି ମାସରୁ ନିୟମିତ ମାସିକ ପ୍ରିମିୟମ ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ । ବାର୍ଷିକ ମୋଡ୍ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ ସମସ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ମୋଡ୍ ପାଇଁ ଏସିଏଚ୍ / ଏସ୍ ଆଇ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ । ଥରେ ଚୟନ ହେବା ପରେ ପ୍ରିମିୟମ ଦେୟ ମୋଡ୍ କୁ କେବଳ ଏକ ବର୍ଷର ପଲିସି ଅବଧି ଶେଷରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ କରାଯାଇପାରିବ ।
- ଯଦି କୌଣସି ବାବି କ୍ଷେତ୍ରରେ ମାସିକ କିମ୍ବା ତ୍ରିମାସିକ କିମ୍ବା ଅର୍ଦ୍ଧବାର୍ଷିକ ପ୍ରିମିୟମ୍ ପେମେଣ୍ଟ୍ ମୋଡ୍ ଚୟନ କରାଯାଏ, ତେବେ ପଲିସି ବର୍ଷ ପାଇଁ ଦେୟ ଯୋଗ୍ୟ ପ୍ରିମିୟମ୍ ଗ୍ରହଣୀୟ ବାବି ରାଶିରୁ କାଟି ଦିଆଯିବ ।
- ଆପଣଙ୍କ ନିଶ୍ଚିତ ଏବଂ ଧାର୍ଯ୍ୟ ପ୍ରିମିୟମର ଠିକ୍ ସମୟରେ ଦେୟ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଅଧୀନରେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିର ଆଜୀବନ ନବୀକରଣଯୋଗ୍ୟତା ।

ଏହି ସ୍ଥାନକୁ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟମୂଳକ ଭାବରେ ଖାଲି ରଖାଯାଇଛି

- ଆପଣଙ୍କ ବୟସ ବ୍ୟାଘ୍ର ଆଧାରରେ ଆପଣଙ୍କ ନବୀକରଣ ପ୍ରମାଣିତ ହେବା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ଦାବି ଅଭିଜ୍ଞତା ଆଧାରରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ହେବ ନାହିଁ। ଉପାଦାନ ନବୀକରଣ ପ୍ରମାଣିତ ହେବା ପରେ ଆପଣଙ୍କ ଆପଣଙ୍କ ଅନୁମୋଦନ ଏବଂ ସମୟ ସମୟରେ ଲାଗୁ ହେଉଥିବା ଆପଣଙ୍କ ଆପଣଙ୍କ ନିୟମ ଏବଂ ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ସଂଶୋଧନ କରାଯାଇପାରିବ ।
- ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଲାଭ କରିବା ପାଇଁ ମନା ହୋଇଯାଏ, ତେବେ ଆପଣ ପ୍ରତି ପଲିସି ମେଡିକାଲ ଟେକ୍ ଅଫ୍ (ପିପିଏମ୍)ର ଖର୍ଚ୍ଚ ବାବଦରେ ହୋଇଥିବା ଖର୍ଚ୍ଚର ୧୦୦% ବହନ କରିବେ ।
- ଫ୍ରାନ୍ସ ବ୍ୟବସ୍ଥା: ଯଦି ଆପଣ ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀରେ ରାଜି ନୁହଁନ୍ତି, ତେବେ କୌଣସି ସୁବିଧା ଅଧୀନରେ କୌଣସି ଦାବି କରାଯାଇ ନ ଥିଲେ ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜ ପାଇବାର 15 ଦିନ (ଯଦି ଦୂର ମାଡ୍ରେଟି ମାଧ୍ୟମରେ ପଲିସି ବିକ୍ରି ହୋଇଛି ତେବେ 30 ଦିନ ମଧ୍ୟରେ) ଆପଣଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ବାତିଲ କରିପାରିବେ । କଭର ଅବଧି ପାଇଁ ମେଡିକାଲ ଟେକ୍ ଅଫ୍, ସ୍ପାଟି ଡ୍ୟୁପ୍ଲି ଏବଂ ଆନୁପାତିକ ବିପଦ ପ୍ରମାଣିତ ପାଇଁ ଶୁଳ୍କ କାଟିବା ପରେ ପ୍ରମାଣିତ ଫୋରସ୍ତ କରାଯିବ । ପଲିସି ନବୀକରଣ ସମୟରେ ଫ୍ରାନ୍ସ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଲାଗୁ ହେବ ନାହିଁ ।

ନୋଟ୍ସ:  
 ପ୍ରମାଣିତ: ଦୟାକରି ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥ୍‌କେୟାର୍‌ସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ଏକ ସୁରକ୍ଷିତ ପେମେଣ୍ଟ ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରମାଣିତ ରାଶି ଜମା କରନ୍ତୁ । ଯଦି କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ କିମ୍ବା ଦାବି ହୁଏ, ଦୟାକରି ଆମର ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥ୍‌ଲାଇନ୍ ନମ୍ବର: 1860-500-8888 ରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ।  
 ଯୁକ୍ତ ସମୟ ସମୟରେ ସ୍ବାଗତ କଲ୍, ସେବା କଲ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଯୋଗାଯୋଗ (ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ) କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ମତ ଏବଂ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ।

**ନବୀକରଣ ଦେଇ ଯାଇଥିବା**

ଆପଣଙ୍କ ସ୍ବାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରମାଣିତ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ବାସ୍ଥ୍ୟଗାଳିତ କ୍ଲିୟରିଂ ହାଉସ୍ (ସିଏସ୍) / ସ୍ବାସ୍ଥ୍ୟ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ (ସସଆଇ) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇପାରିବ । ଏହି ବିକଳ ଅଧୀନରେ, ଆପଣଙ୍କ ପଲିସିକୁ ତୁରନ୍ତ ନବୀକରଣ କରାଯାଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ ଆପଣ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ଵାରା ଆବଶ୍ୟକ ାୟ ସୁଚନା ଏବଂ ଦସ୍ତାବିଜର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରିପାରିବେ । ଏହା ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଲାଭର ନିରନ୍ତରତା ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିବ ।

ମୁଁ ଏସିଏସ୍ / ସସଆଇ ନବୀକରଣ ବିକଳ ଚୟନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ।

ତାରିଖ: \_\_\_\_\_ ଦସ୍ତଖତ/ସମ୍ପାଦକ/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଲ: \_\_\_\_\_

ସ୍ଥାନ: \_\_\_\_\_ ପିଆର ର ନାମ/ସମ୍ପାଦକ/Opouser: \_\_\_\_\_

ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥ୍‌କେୟାର୍‌ସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍  
 ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- ସି-୯୮, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪  
 ଟିଲ୍‌ନମ୍ବର: ବୀମା ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ । ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥ୍‌କେୟାର୍‌ସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମ୍ୟାକ୍ସ ବୁପା ହେଲ୍ଥ୍‌କେୟାର୍‌ସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫) । 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଟବିଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡ୍‌ମାର୍କ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଜା ବୁପା ହେଲ୍ଥ୍‌କେୟାର୍‌ସ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ଵାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଉଛି । ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥ୍‌ଲାଇନ୍: **1860-500-8888** ।  
 ୱେବସାଇଟ୍: **www.nivabupa.com** । ସିଆଇଏନ: **U66000DL2008PLC182918** । ସର୍ଭିସ୍‌ସେଣ୍ଟର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତିକାକୁ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ ।

**କମ୍ପାନୀ ପକ୍ଷରୁ ସ୍ଵୀକୃତି**

ଆପଣଙ୍କ ନମ୍ବର:  ଦସ୍ତଖତ:

ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ଵୀକାର କରୁଛୁ ଯେ ଟେକ୍ / 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 ପଲିସି 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 ପ୍ରମାଣିତ ଆମ ଦ୍ଵାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଏବଂ ଠିକ୍ ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଏ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ ଆମର କୌଣସି ଦାୟିତ୍ଵ ରହିବ ନାହିଁ । ଯଦି ଆମେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁନାହିଁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଜଣାଇବୁ ଏବଂ ବିନା ସୁଧରେ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ମିଳିଥିବା ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫୋରସ୍ତ କରିବୁ ।

ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ ନାମ ଓ ଦସ୍ତଖତ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍