niva Bupa
Health Insurance

ReAssure 2.0

Proposal Form

URN: 023

ବୀମା ଚୁକ୍ତି ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ଏହା ସ୍ପଷ୍ଟ ଏବଂ ଆମେ ବିଶ୍ୱାସ ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ ଆଧାରିତ । ଆମେ ବୁଝିପାରୁଛୁ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଉପରେ ଏହାର ପ୍ରଭାବ କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ତାହା ହୁଏତ ଆପଣ ଜାଣିନଥିବେ । ତେଣୁ, ଏହା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯେ ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଆମେ ନିଶ୍ଚିତ କେବୁ ଯେ ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ (ଆମେ ଏହାକୁ 'ଗୋଟିକ ତଥ୍ୟ' କହିଥାଉ) । ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାତିଲ କରିବୁ, କୌଣସି ଦାବି ଦେବୁ ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ଯଦି ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିଷୟରେ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥାଏ ତେବେ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୁବିଧା ପୁନରୁଦ୍ଧାର ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ପରକ୍ଷେପ ନେବାର ଅଧିକାର ଅଛି । ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ କଭରେଜ୍ କେବଳ ସେହି ସମୟରେ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ ଯାହାକୁ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ୍ ପ୍ରାପ୍ତ କରିଛୁ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ସ୍ୱୀକାର କରିଛୁ ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

ଶୀର୍ଷକ(ସମ୍ପାଦନା) ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)

DOB ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଜାତୀୟତା(ସମ୍ପାଦନା)

ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା

ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ(ସମ୍ପାଦନା) ସହର

ଜିଲ୍ଲା ରାଜ୍ୟ ସରକାର ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ପରିଚୟ ନମ୍ବର

ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ ନମ୍ବର ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର

ଇମେଲ୍ ଆଇଡି ବିକଳ୍ପ ନମ୍ବର

ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା) CKYC ନମ୍ବର

ବୃତ୍ତି(ସମ୍ପାଦନା) ବେତନଭୋଗୀ ସ୍ୱୟଂ ନିୟୋଜିତ ଛାତ୍ର ଗୃହିଣୀ ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ

ପ୍ରିମିୟମ୍ ପେଠ କରାଯାଉଛି ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ ।

☐ ମୁଁ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ କମ୍ପାନୀକୁ ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ନୀତି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଥିବା ଇମେଲ୍ ଆଇଡିକୁ ପ୍ରେରଣ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇ କାଗଜ ସଞ୍ଚୟ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି?

☐ ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମ ାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଭା ବୁପା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ / କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ (ଆଇଭା) / ସହଯୋଗୀଙ୍କୁ ସ୍ୱାଗତ କଲ୍ / ଏସଏମଏସ , ସେବା କଲ୍ / ଏସଏମଏସ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବା ପାଇଁ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବର ରେ ଏସଏମଏସ / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ହାଟ୍ସଆପ୍ / ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଇଛି ।

ଆପଣ ପଲିସି ବିଟ୍ ର ଫିଜିକାଲ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି? ☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ପିଇପି# ଅଟନ୍ତି କି? ☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ

#Politically ପ୍ରକାଶିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯେଉଁମାନେ ପ୍ରମୁଖ ସାର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀ, କ୍ୟାବିନେଟ୍ ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କମ୍ପାନୀର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ ଅଟନ୍ତି । (ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଟିକ୍ କରିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୃଥକ ପିଇପି ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା) ☐ ସଞ୍ଚୟ ହେଉଛି ☐ ସମ୍ପତ୍ତି ଶାଖା ସହର

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ (ଇଆଇଏ)ର ବିବରଣୀ

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

☐ ନା, ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ

☐ ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟକୁ ଟ୍ରେଡିଟ୍ କରନ୍ତୁ

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ ।

ଦୟାକରି ବୀମା ଭଣ୍ଡାର ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)

☐ M/s NSDL Database Management Limited

☐ ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍

☐ ମେସର୍ସ କାର୍ଭି ଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍

☐ ମେସର୍ସ CAMS ରିପୋଜିଟୋରୀ ସର୍ଭିସେସ୍ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା

☐ ମୋର ବର୍ତ୍ତମାନର ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏକ ନୂତନ ଇ-ବୀମା ଆକାଉଣ୍ଟ ସୃଷ୍ଟି କରିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ

(ଦୟାକରି ସମ୍ପୃକ୍ତ କାଗଜପତ୍ର ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ବୀମା ଖାତା ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (ଇଆଇଏ ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ) ।

ନବୀକରଣ ଦେୟ ସାଇନ୍ ଅପ୍:

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

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

ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା) ସ୍ଥାନ(ସମ୍ପାଦନା) ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା)

2. ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ଆବେଦନକାରୀ ୧

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭଜତା[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚ) ଓଜନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଦୟାକରି ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହଁନ୍ତି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଟିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ନିଜ / ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ / କର୍ମଚାରୀ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଡାକ୍ତର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

i. ମେଡିକାଲ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା]

ଆବେଦନକାରୀ ୨

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭଜତା[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚ) ଓଜନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଦୟାକରି ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହଁନ୍ତି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଟିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଡାକ୍ତର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

i. ମେଡିକାଲ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା]

ଆବେଦନକାରୀ ୩

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭଜତା[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚ) ଓଜନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଦୟାକରି ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହଁନ୍ତି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଟିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଡାକ୍ତର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

i. ମେଡିକାଲ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା]

ଆବେଦନକାରୀ ୪

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭଜତା[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚ) ଓଜନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ ଦୟାକରି ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହଁନ୍ତି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଟିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଡାକ୍ତର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

i. ମେଡିକାଲ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା]

ଆବେଦନକାରୀ ୫

ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନା] ପୁରୁଷ ମହିଳା ଅନ୍ୟମାନେ ଭଜତା[ସମ୍ପାଦନା] (HUF) (ଇଞ୍ଚ) ଓଜନ[ସମ୍ପାଦନା] (କେଜି)

ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଜନ୍ମ ତାରିଖ ଦୟାକରି ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହଁନ୍ତି

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ଟିକ୍ ବିକଳ୍ପ): ଜୀବନସାଥୀ / ପିତା / ମାତା / ଶ୍ୱଶୁର / ଶାଶୁ / ପୁଅ / ଝିଅ

ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଡାକ୍ତର*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ:

i. ମେଡିକାଲ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର

ii. ପରିଷଦର ନାମ[ସମ୍ପାଦନା]

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା[ସମ୍ପାଦନା]

• ପ୍ରିମିୟମ ଉପରେ ୫% ରିହାତି ମିଳିବ । ମେଡିକାଲ ପ୍ରଫିସିଏନ୍ସର ଅର୍ଥ ହେଉଛି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ରାଜ୍ୟ କିମ୍ବା ମେଡିକାଲ କାଉନସିଲ ଅଫ୍ ଇଣ୍ଡିଆ କିମ୍ବା କାଉନସିଲ ଫର ଇଣ୍ଡିଆନ ମେଡିସିନ କିମ୍ବା ଭାରତ ସରକାର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ଥାପିତ ହୋମିଓପାଥି ପାଇଁ ବୈଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ ରଖିଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ନିଜ ଅଧୀନରେ ଔଷଧ ଅଭ୍ୟାସ କରିବାର ଅଧିକାର ରଖିଛନ୍ତି; ଏବଂ ତାଙ୍କ ଲାଇସେନ୍ସର ପରିସର ଏବଂ ଅଧିକାର ମଧ୍ୟରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି । ଟିପ୍ପଣୀ:
1. ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ଆବେଦନକାରୀ *1* ର ସମ୍ପର୍କ କର୍ମଚାରୀ ଅଟେ, ତେବେ ଅନ୍ୟ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସମ୍ପର୍କ ଆବେଦନକାରୀ *1* ସହିତ ଅଟେ ।

3. କଭରେଜ୍ ସେଲେକ୍ ଉପରେ:

ଆଧାର କଭରେଜ୍:	
ନୀତି ପ୍ରକାରଃ:	☐ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ ☐ ଫ୍ୟାମିଲି ଫ୍ଲୋଟର ☐ ବହୁ ସଦସ୍ୟ ବିଶିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	☐☐ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ☐☐ ପିଲାମାନେ
ଭାରିଆଣ୍ଟ:	☐ ବ୍ରୋଞ୍ଜ ☐ ରୌପ୍ୟ ☐ ସୁନା ☐ ବ୍ରୋଞ୍ଜ+ ☐ ରୌପ୍ୟ+ ☐ ସୁନା+ ☐ ହୀରା+ ☐ ପ୍ଲାଟିନମ୍+ ☐ ଗାଲଟାନିୟମ+
ଆଧାର ବୀମା ରାଶି:	_____
ନୀତି ଅବଧି:	☐ ୧ ବର୍ଷ ☐ ୨ ବର୍ଷ ☐ ୩ ବର୍ଷ

ବିକଳ୍ପ କଭରେଜ୍:						
1. ହସ୍ପିଟାଲର ଦୈନିକ ଟଙ୍କା	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ					
2. ସୁରକ୍ଷିତ ରୁହନ୍ତୁ $	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ					
3. ସୁରକ୍ଷିତ+ $	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ					
4. ସ୍ମାର୍ଟ ହେଲ୍ଥ+ (ରୋଗ ପରିଚାଳନା) *ସମସ୍ତ ପ୍ରଭାବିତ ସଦସ୍ୟଗୋଟିଏ ଭାରିଏଣ୍ଟ କିମ୍ବା ପ୍ଲାଟିନମ୍ ଚୟନ କରନ୍ତୁ।	☐ ସୁନା ☐ ପ୍ଲାଟିନମ୍ ☐ ନାହିଁ					
	1	2	3	4	5	6
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ସ୍ମାର୍ଟ ହେଲ୍ଥ+ (ଆଡ୍ୟୁଟ ବେୟାର) *ଦୁଇଟି ମଧ୍ୟରୁ ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରାଯାଇପାରିବ	☐ ଶ୍ରେଷ୍ଠ ପରାମର୍ଶ ☐ ଶ୍ରେଷ୍ଠ ଯତ୍ନ ☐ ନାହିଁ					
	☐	☐	☐	☐		
6. ଆଜିର 'ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଦୁର୍ଘଟଣା କଭର୍' ପାଇଁ ବିକଳ୍ପ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ (ଏହି ବିକଳ୍ପ କେବଳ 18 ବର୍ଷ କିମ୍ବା ତା'ଠାରୁ ଅଧିକ ବୟସର ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ଉପଲବ୍ଧ)	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର					
	1	2	3	4	5	6
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ବାର୍ଷିକ ସମୁଦାୟ କାଟିବା ବିକଳ୍ପ:	ନାହିଁ					
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. କୋ-ପେମେଣ୍ଟ	☐ ନାହିଁ ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50%					
9. ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ସଂଶୋଧନ	☐ ନାହିଁ ☐ ୪ ବର୍ଷ ☐ ☐ ☐					
10. ରୁମ୍ ପ୍ରକାର ସଂଶୋଧନ	☐ ନାହିଁ ☐ ଏକକ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ କୋଠରୀ ☐ ଅଂଶୀଦାର ରୁମ୍					

#Family ଯୋଜନା ବୀମାକୃତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ପାଇଁ ଫ୍ଲୋଟର ବୀମା ରାଶି ଉପଲବ୍ଧ ଅଛି । ଫ୍ଲୋଟର ଅର୍ଥ ବ୍ୟକ୍ତିକ ଭାବରେ ବୀମା ପ୍ରାପ୍ତିର ଭାବରେ ବୀମା ପାଇବା ଏହି ସାଧାରଣ ବୀମା

ଉପଯୋଗରେ Zother ସୁବିଧାର ବିଶ୍ୱ ସୁବିଧା + ଚୟନ କରାଯାଇପାରିବ

4. Portability

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

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

5. ନାମାଙ୍କନ(ସମ୍ପାଦନା)

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଲେ, ପଲିସି ଅଧୀନରେ ବଳେୟା କୌଣସି ଦେୟ ନିମ୍ନନାମିତ ନୋମିନିଙ୍କୁ ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ହେବ । ନୋମିନିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏଭଳି

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତି ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀର ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବ ।

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

ନୋମିନିଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା) ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା) ସଞ୍ଚୟ(ସମ୍ପାଦନା) ସମ୍ପତ୍ତି

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

6. ଡାକ୍ତରୀ, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅତୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ: ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ବିଭାଗରେ ଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ସଠିକ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି କାରଣ ଆପଣ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରିଥିବା ସୂଚନା ନିଲା ବୁପାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂର ଆଧାର ହେବ । ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ୍, ଆଂଶିକ ସଠିକ୍ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଦାବି ଏବଂ / କିମ୍ବା କଲରେନ୍ସ କୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ ।

ବିଭାଗ A: ଦୟାକରି ଚିକିତ୍ସା ଅବସ୍ଥା ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଅଂଶୀଦାର କରନ୍ତୁ

ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟେକ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ । ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା No (N) ସର୍କଲ କରନ୍ତୁ	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର											
	1		2		3		4		5		6	
i. ସାଧାରଣ ଅଣ୍ଡା, 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 ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ, ମୌଖିକ ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀରର ଅଙ୍ଗରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ରେ ସୀମିତ ନୁହେଁ ।	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
ii. ଆଲରଏଡ୍ ଗ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲ୍ୟୁକ୍ସିନ୍ ଟେଷ୍ଟ, ଆଣ୍ଟିଓଗ୍ରାଫି, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ଅଲ୍ଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, ସିଟି ସ୍କାନ୍, ଏମ୍ଆର୍ଆଇ, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ ଏମ୍ଏଚ୍ଏସି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ନିଦାନ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
iii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି ତାଙ୍କର କେବେ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଶର୍କରା ଅଛି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
iv. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
v. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ବ୍ୟାଧି କିମ୍ବା ଏଡଆଇଡି / ଏଚ୍ଆଇଭି ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
vi. ଆବେଦନକାରୀ କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ ମାନସିକ ରୋଗ ପାଇଁ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N
vii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଡାକ୍ତରଖାନାର ବୈଦ୍ୟକ ନସବ ଟଙ୍କା କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ କେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବାଦ୍ ଦେବା ଭଳି କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଛି କି?	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N	ଏବଂ	N

ବିଭାଗ B: (ଦୟାକରି କେବଳ ଏହି ବିଭାଗ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଆବେଦନକାରୀ ଧୂମପାନ କରନ୍ତି କିମ୍ବା ତମାଖୁ / ଗୁଟ୍ଖା / ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ ାପାନ କରନ୍ତି)	vii. ବାଯୋଗ୍ୟ ତମାଖୁ / ଗୁଟ୍ଖା / ପାନ ମସଲା । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ii ରେ ପାଉଚ୍ ସଂଖ୍ୟା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ । ଦିନତମାମ		ii. ମଦ ାପାନ । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ ସଂଖ୍ୟା ମିଲି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ			iii. ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାରେଟ୍ । ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ବ୍ୟବହାର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ	
	1-10	> ୧୦	<= 450	> ୪୫୦	ବୈଦ୍ୟକ ପାଟୀୟ	1-10	> ୧୦
ଆବେଦନକାରୀ ୧							
ଆବେଦନକାରୀ ୨							
ଆବେଦନକାରୀ ୩							
ଆବେଦନକାରୀ ୪							
ଆବେଦନକାରୀ ୫							
ଆବେଦନକାରୀ ୬							

ବିଭାଗ C: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ହଁ (Y) ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡିକ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ:

ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ଲକ୍ଷଣ(ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ(ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କିମ୍ବା ସୁସ୍ଥତା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ର ବିବରଣୀ					ଅବସ୍ଥାର ଅବଧି(ସମ୍ପାଦନା)	ଔଷଧ(ସମ୍ପାଦନା)	ମାତ୍ରା(ସମ୍ପାଦନା)	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ସ୍ଥିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଆଂଶିକ ପୁନରୁଦ୍ଧାର କିମ୍ବାଚାଲିଥିବା ଚିକିତ୍ସା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ	ସଂପୃକ୍ତ ବସ୍ତାବିତ୍ର (ହଁ/ନା)
	ଯଦି ହାଏ-ବେଟିସ୍ ଏବ୍ ବିଏଚପି	ଯଦି ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ବିପି ଲେଭ୍		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ	ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (DD/MM/YYYY)							
		Systolic	Diastolic									

7. ଘୋଷଣା (ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନର ସହ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକଙ୍କ ବିରୋଧରେ ଏକ ଚେକ୍ ମାର୍କ ଲଗାନ୍ତୁ)

- [ ] ମୁଁ ମୋ ତରଫରୁ ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ତରଫରୁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ଗୁଡ଼ିକ ମୋର ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ତରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକାରପ୍ରାପ୍ତ ।
- [ ] ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମ ଆଦାୟ ଯୋଗ୍ୟର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।
- [ ] ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ସୂଚନା ଦେବା ପୂର୍ବରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ଜୀବନର ବୃଦ୍ଧି କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଘଟୁଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ କୁ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି ।
- [ ] ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ମତି ଜଣାଉଛି ଯିଏ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅତୀତ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନର ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କ ଠାରୁ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବା ପାଇଁ ବ୍ୟକ୍ତିର 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 ନିୟାମକ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହ ଅଣଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ ର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।
- [ ] ସେବା ବିତରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ।

ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା) ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ସ୍ଥାନ(ସମ୍ପାଦନା) _____ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା)

8. Vernacular Declaration

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

ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: _____

ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ: _____

ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ ନମ୍ବର: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା) _____

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) _____

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ ନମ୍ବର: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) _____

9. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଘୋଷଣାନାମା

(ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍ ଯେଉଁଠାରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଆନୁସଙ୍ଗିକ କାଗଜପତ୍ର ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ନାହିଁ)। ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଏବଂ ସଂଯୋଜିତ ଦସ୍ତାବିତର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋତେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଚୁକ୍ତିର ମହତ୍ତ୍ୱକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ବୁଝିଛି ।

ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶରେ _____ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯାଏ ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବୋଲି ପାଇଲି ।

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ(ସମ୍ପାଦନା) _____

10. ପ୍ରିମିୟମ୍ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ ବିକଳ୍ପ ☐ ଚେକ୍ ☐ ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ ☐ କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ / ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ ☐ ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଂ ☐ ବ୍ୟାଶର୍ସ ☐

ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି ☐☐☐☐☐☐ ଅନଲାଇନ୍ ଦେୟ କାରବାର ଆଇଡି: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା) ☐☐☐☐☐☐☐☐

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ/ଶାଖା ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nivaupa ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ ☐☐☐☐☐☐☐☐

କୋଡ୍ ନଂ. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ଉତ୍ପାଦିତ ବ୍ୟବସାୟ: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ ଏଜେଣ୍ଟ / ଅନ୍ୟ ାନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ

କୋଡ୍ ନଂ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ନାମ(ସମ୍ପାଦନା) ☐☐☐ ☐☐

ଏଥିରେ ମିଳିଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ପ୍ରସ୍ତାବକ ତା ଆବେଦନକାରୀ ଭଳେ କର୍ମଚାରୀ? ☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ

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

ଶାଖା କୋଡ୍ ☐☐☐☐☐☐☐☐ SP କୋଡ୍ ☐☐☐☐☐☐☐☐ RM/LG କୋଡ୍ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

C ustomer account ନମ୍ବର ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

12. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ ଅଫିସ୍ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ମୁଁ, ଭଳେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ ଏଜେଣ୍ଟର ଡିଜିଟାଲ ବ୍ୟକ୍ତି / ବ୍ରୋକର / ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ ଭାବରେ, ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁକୁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି, ଯେଉଁଥିରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରକୃତି ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଛି, ଯେଉଁଥିରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ବିବୃତି (ଗୁଡିକ), ସୂଚନା ଏବଂ ଉତ୍ତର (ଗୁଡିକ) ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ । କମ୍ପାନୀ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ଚୁକ୍ତିର, ଯଦି ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ ପଲିସି ଜାରି କରିବା ପାଇଁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରହଣ କରାଯାଏ ।

ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ସ୍ପଷ୍ଟ କରିଛି ଯେ ଯଦି କୌଣସି ଅସତ୍ୟ ବିବୃତି (ଗୁଡିକ) / ସୂଚନା / ପ୍ରତିକ୍ରିୟା (ଗୁଡିକ) ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଅଛି / ସଂଯୋଜିତ (ଗୁଡିକ), ସତ୍ୟପାଠ, ବିବୃତି, ଦାଖଲ, ଦାଖଲ / ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଏହାଠାରୁ ଅଧିକ ଯଦି କୌଣସି ବିଷୟବସ୍ତୁଗତ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ ନହୁଏ, ତେବେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁଯାୟୀ ତାଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ଜାରି କରାଯାଇଥିବା ଚୀଜିକୁ କମ୍ପାନୀ ଅବୈଧ ଏବଂ ଅବୈଧ ଭାବରେ ବିବେଚନା କରିପାରେ ଏବଂ ଚୀଜି ଅଧୀନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ କମ୍ପାନୀକୁ ଜବତ କରାଯାଇପାରେ ।

ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା) ☐☐☐☐☐☐☐☐ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

13. ବୈଧାନିକ ଚେତାବନୀ

ରିହାତି ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

1.

କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ବନ୍ଧରେ ବୀମା ନେବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ କରିବାକୁ ଅନୁମତି କିମ୍ବା ଅଫର କରିପାରିବେ ନାହିଁ, ଯାହା କି ପଲିସିରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମର କୌଣସି ଅଂଶ କିମ୍ବା ପ୍ରଦାନ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟେ। କିମ୍ବା କୌଣସି ଚୀଜି ଗ୍ରହଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବୀମାକର୍ତ୍ତାର ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରସ୍ପେକ୍ଟସ କିମ୍ବା ଟେଣ୍ଡର ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ପ୍ରାପ୍ତ ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

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

14. ଗ୍ରାମୀଣ ଓ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ଶ୍ରେଣୀ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ):

ଆଶା କର୍ମୀ ☐ ମନରେଗା ଶ୍ରମିକ ☐

15. ABHA ID

ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)	ଆପଣଙ୍କ ର ABHA ID ଅଛି କି?	ABHA ID	ଏବିଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା/ ଟିପିଏ ସହିତ ତାତ୍କାରୀ ରେକର୍ଡ ଅଂଶୀଦାର କରିବାକୁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ
_____	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ହଁ ☐ ନାହିଁ

16. ନାବି ଫେରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିକଳ୍ପ: ☐ ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ(ସମ୍ପାଦନା)

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର

IFSC କୋଡ୍

ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର(ସମ୍ପାଦନା)

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ; ପଞ୍ଜୀକୃତ ଅଫିସ:- ସି-୪୮ , ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାଗ ୧, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪

ଡିସ୍କ୍ଲେମର: ବୀମା ଏକ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ। ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ (ପୂର୍ବରୁ ମଣ୍ଡାଲ୍ସ ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୫୫)। 'ବୁପା'

ଏବଂ "ହାର୍ଟବିଟ୍" ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡ୍ମାର୍କ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସଅଧୀନରେ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନସ୍ୟୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନି ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଉଛି। ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ପଲାଇନ: 1860-500-8888। ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com।

ସିଆଇଏନ୍: U66000DL2008PLC182918। ସର୍ଣ୍ଣାବଳୀ, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତିକାକୁ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ।

ଉତ୍ପାଦର ନାମ: **2.0**, ଉତ୍ପାଦ ୟୁଆଇଏନ: **NBHHLIP23169V012223** | ଗ୍ରାହକର ନାମ: ସ୍ମାର୍ଟ ହେଲ୍ଥ, ଗ୍ରାହକର ୟୁଆଇଏନ: **NBHHLIA22164V012122**

କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆପ୍ଲିକେସନ୍ ନଂ.

ତାରିଖ(ସମ୍ପାଦନା)

ଚେକ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ ହେବା _____ ପ୍ରସ୍ତୁତ _____ _____ ଟଙ୍କାର _____ ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର କରୁଛୁ । ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ପଲିସି ଜାରି କରିବା ଦିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ରୌଣସି ଦେୟ ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, ଯାହା ଚିତ୍ରଣ ଆମର ଏକମାତ୍ର ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବେକରେ ଅଛି ଏବଂ ସର୍ବଦା ରହିବ । ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରୁ, ତେବେ ଏହା ପଲିସିର ସର୍ଣ୍ଣାବଳୀ ଏବଂ ସର୍ଣ୍ଣାବଳୀ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ପ୍ରିମିୟମ ଆମ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଏବଂ ଠିକ୍ ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାନଯାଏ କିମ୍ବା ଉପଲବ୍ଧ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ ଆମର ରୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ରହିବ ନାହିଁ। ଯଦି ଆମେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁନାହୁଁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଜଣାଇବୁ ଏବଂ ବିନା ସୁଧରେ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ମିଳିଥିବା ହାତ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା ର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟିବା ପରେ ଦେୟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ।

ସିସିଭରଙ୍କ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ସିଲ୍