

ରିଆସ୍ୟୁର 3.0

ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ

URN: 032

ବାମା ବୁକ୍ଟି ମଧ୍ୟ ଏକ ବୈଧାନିକ ବୁକ୍ଟି ଏବଂ ଏହା ବିଶ୍ୱାସ ଉପରେ ଆଧାରିତ ଏବଂ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ବିଶ୍ୱାସ କରୁ। ଆମେ ବୁକ୍ଟି ଯେ ଆପଣ ବୁକ୍ଟି ଜାଣିଥିବେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ଏବଂ ଏହାର ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଉପରେ କି ପ୍ରଭାବ ପଡ଼ିବ। ତେଣୁ, ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରିବା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଆମେ ସ୍ଥିର କରିବା ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ (ଆମେ ଏହାକୁ 'ମ୍ୟାଟେରିଆଲ୍ ଫ୍ୟାକ୍ଟ୍' ବୋଲି କହୁ)। ଯଦି ସମସ୍ତ ବାମା କରାଯିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସତ୍ୟତା ବିଷୟରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ ନାହିଁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାତିଲ କରିବା, କୌଣସି ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରିବା ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରିମିୟମ୍ ଫେରସ୍ତ କରିବା ନାହିଁ ଏବଂ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଲାଭର ପୁନରୁଦ୍ଧାର ସମେତ ଆପଣଙ୍କ ବିରୁଦ୍ଧରେ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଆଇନଗତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣ କରିବାର ଅଧିକାର ରଖୁ। ନିୟମାବଳୀ ବ୍ୟତୀତାତ୍ମକ କରେ ଯେ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରିମିୟମ୍ ପାଇବା ଏବଂ ସ୍ୱଳ୍ପ ଭାବରେ ବିପଦକୁ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ ହିଁ କଭରେଜ୍ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ।

1. ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ଟାଇଟଲ୍	ନାମ									
DOB	DDMMYYYY		ଲିଙ୍ଗ:	ପୁରୁଷ	ମହିଳା	ଅନ୍ୟ	ଜାତୀୟତା			
ସାମ୍ପ୍ରତିକ ଠିକଣା										
ସ୍ଥାନଚିହ୍ନ	ସହର									
ଜିଲ୍ଲା	ରାଜ୍ୟ									
ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ୍ ନମ୍ବର	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର									
ଇମେଲ୍ ଆଇଡି	ବୈକଳ୍ପିକ ନମ୍ବର									
PAN ନମ୍ବର										
ବାର୍ଷିକ ଆୟ (ଟଙ୍କା)	ବିକେଣ୍ଡାଇସି ନମ୍ବର									
ବୃତ୍ତି	ବେତନଭୋଗୀ	ଆତ୍ମନିଯୁକ୍ତ	ଛାତ୍ର	ଗୃହିଣୀ	ଅନ୍ୟ, ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ					
ପ୍ରିମିୟମ୍ ଦେୟ କିଏ କରୁଛି	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ									

- ☐ ମୁଁ ପରିବେଶକୁ ସୁରକ୍ଷା ଦେବାକୁ ଏବଂ କାଗଜ ପଞ୍ଚୟ କରିବାରେ ସହାୟ୍ୟା କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି, କମ୍ପାନୀକୁ ଆପଣଙ୍କର ସମସ୍ତ ପଲିସି ଏବଂ ସେବା ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଏଠାରେ ଆବେଦନ ଫର୍ମରେ ଉଲ୍ଲେଖିତ ଇମେଲ୍ ID କୁ ପଠାଇବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଇ?
- ☐ ମୁଁ ସମସ୍ତ ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ପଢ଼ିଛି, ବୁଝିଛି ଏବଂ ଗ୍ରହଣ କରିଛି ଏବଂ ଏଠାରେ ନିଜା ବୁଝା ହେଲୁ ଇନ୍ଦୁରାନ୍ତ କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ/କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ / ସହଯୋଗୀମାନଙ୍କୁ ମୋର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ SMS / ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ଟ୍ୱାଟ୍ଟିଆର୍ / ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମରେ ମୋର 'DND' ପଞ୍ଜୀକରଣକୁ ଅତିକ୍ରମ କରି ଖେଳକମ୍ କଲ୍ / SMS, ସେବା କଲ୍ / SMS କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବ୍ୟବସାୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅନୁମତି ଦେଇଛି।

ଆପଣ ପଲିସି କିଏ ର ଫିଜିକାଲ୍ କପି ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି? ☐ ହଁ ☐ ନା

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି PEP# ଅଟନ୍ତି କି? ☐ ହଁ ☐ ନା

#ରାଜନୈତିକ ଭାବରେ ସଂପର୍କିତ ବ୍ୟକ୍ତି (PEP) ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତିମାନେ ଯେଉଁମାନେ ପ୍ରମୁଖ ସାର୍ବଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟଭାରରେ ନିଯୋଜିତ ଅଛନ୍ତି କିମ୍ବା ରହିଛନ୍ତି ଅର୍ଥାତ୍ କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ / ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କମ୍ପାନୀର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦଳୀୟ ଅଧିକାରୀ। (ଯଦି ଆପଣ PEP ବିରୁଦ୍ଧରେ ଟିକ୍ କରିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୃଥକ PEP ପ୍ରଶ୍ନପତ୍ର ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ										
ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର	ଆଇଏଫଏସବି କୋଡ୍									
ଶାଖା ପ୍ରକାର	ସଞ୍ଚୟ	ସାମ୍ପ୍ରତିକ	ଶାଖା	ସହର						

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ (eIA) ର ବିବରଣୀ

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

- ☐ ନା, ମୋର କୌଣସି eIA ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଖୋଲିବାକୁ ଚାହୁଁନାହିଁ | ☐ ହଁ, ଏହି ପଲିସିକୁ ମୋର ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରେଡିଟ୍ କରନ୍ତୁ |

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଇ-ଇନସୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ସେୟାର୍ କରନ୍ତୁ |

ଦୟାକରି ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ନାମ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଆପଣ କାହା ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିଛନ୍ତି)

- ☐ ଏମ୍ / ଏସ୍ ଏନ୍ଏସ୍ଏଲ୍ ଡାଟାବେସ୍ ମ୍ୟାନେଜମେଣ୍ଟ ଲିମିଟେଡ୍ ☐ ଏମ୍ / ଏସ୍ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍
- ☐ ଏମ୍ / ଏସ୍ କାର୍ବି ଇନସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍ ☐ ଏମ୍ / ଏସ୍ ସିଏଏମ୍ଏସ୍ ରିପୋଜିଟୋରୀ ସର୍ଭିସେସ୍ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା
- ☐ ମୋର ବର୍ତ୍ତମାନ ଇ-ଇନ୍ଦୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ନାହିଁ ଏବଂ ମୁଁ ଏକ ନୂତନ ଇ-ଇନ୍ଦୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ (ଦୟାକରି ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ ସହିତ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ଇନ୍ଦୁରାନ୍ସ ଆକାଉଣ୍ଟ ଖୋଲିବା ଫର୍ମ (eIA ଫର୍ମ) ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ)।

ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ୍ ସାଧନ-ଅଫ୍:

ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବାମା ପଲିସିର ନବୀକରଣ ପ୍ରିମିୟମ୍ ପ୍ରତିବର୍ଷ କମ୍ପାନୀ ସହିତ ଆପଣଙ୍କ ବିବରଣୀ ଅନୁଯାୟୀ ଲିମିଟ୍ ହାର୍ଡ (ACH) / ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଇନସୁରାନ୍ସ (SI) ଜାରି ରଖିବା ମାଧ୍ୟମରେ କରାଯାଇପାରିବ। ଏହି ବିକଳ୍ପ ଅଧୀନରେ, ଆମର ପଲିସି ତୁରନ୍ତ ନବୀକୃତ ହୋଇପାରିବ, କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଆବଶ୍ୟକ ହେଉଥିବା ସୂଚନା ଏବଂ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟର ସମସ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ଆବଶ୍ୟକତା ଆପଣଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ହେବା ଉପରେ ନିର୍ଭର କରିବ।

- ☐ ମୁଁ ACH/SI ନବୀକରଣ ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଏବଂ ତତ୍ପରା ପ୍ରିମିୟମ୍ ଉପରେ 2.5% ରିହାତି ପାଇବାକୁ ଚାହୁଁଛି ଯେପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପଲିସି ସେହି ଏକା ଉପାୟରେ ନବୀକୃତ ହୁଏ।

ତାରିଖ

DDMMYYYY

ସ୍ଥାନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

2. ବୀମା ପାଇଁ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ:

ଆବେଦନକାରୀ 1

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ସ୍ୱୟଂ/ପତି/ପତ୍ନୀ/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା/କର୍ମଚାରୀ															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ଆବେଦନକାରୀ 2

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ପତି/ପତ୍ନୀ/ପିତା/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ଆବେଦନକାରୀ 3

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ପତି/ପତ୍ନୀ/ପିତା/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ଆବେଦନକାରୀ 4

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ପତି/ପତ୍ନୀ/ପିତା/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ଆବେଦନକାରୀ 5

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ପତି/ପତ୍ନୀ/ପିତା/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ଆବେଦନକାରୀ 6

ନାମ															
ଲିଙ୍ଗ		ପୁରୁଷ		ମହିଳା		ଅନ୍ୟ		ଉଚ୍ଚତା		(ଫୁଟ୍)		(ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ		(କେଜି)
ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର							ଜନ୍ମ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y			ଯଦି ଭାରତୀୟ ନୁହେଁ ତେବେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ				
ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ (ଦୟାକରି ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ): ପତି/ପତ୍ନୀ/ପିତା/ମାତା/ଶ୍ୱଶୁର/ଶାଶୁ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା															
ଯଦି ଜଣେ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଚିକିତ୍ସକ*, ଦୟାକରି ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ: i. ମେଡିକାଲ୍ ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନମ୍ବର															

ii. ପରିଷଦର ନାମ															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iii. କର୍ମକ୍ଷେତ୍ରର ଠିକଣା															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*ପ୍ରିମିୟମ୍ ରପରେ 5% ରିହାତି ପାଆନ୍ତୁ। ଚିକିତ୍ସକ ହେଉଛନ୍ତି ଜଣେ ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ କୌଣସି ରାଜ୍ୟର ମେଡିକାଲ୍ କାଉନ୍ସିଲ୍ କିମ୍ବା ଭାରତୀୟ ମେଡିକାଲ୍ କାଉନ୍ସିଲ୍ କିମ୍ବା ଭାରତ ସରକାର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ଥାପିତ ଭାରତୀୟ ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ହୋମିଓପାଥି ପାଇଁ କାଉନ୍ସିଲ୍ ଏକ ବୈଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ ଧାରଣ କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ତତ୍ପରା ଏହାର ଅଧିକାର କ୍ଷେତ୍ର ମଧ୍ୟରେ ଔଷଧ ଅଭ୍ୟାସ କରିବାକୁ ହକ୍କାର; ଏବଂ ତାଙ୍କ ଲାଇସେନ୍ସର ପରିସର ଏବଂ ଅଧିକାର କ୍ଷେତ୍ର ମଧ୍ୟରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି। ଟିପ୍ପଣୀ: 1. ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ଆବେଦନକାରୀ 1 ର ସମ୍ପର୍କ କର୍ମଚାରୀ, ତେବେ ଅନ୍ୟ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ସମ୍ପର୍କ ଆବେଦନକାରୀ 1 ସହିତହେବ।

3. କଭରେଜ୍ ଚୟନ

ଆଧାର କଭରେଜ୍

ପଲିସି ପ୍ରକାର#	ବ୍ୟକ୍ତିଗତ	ପରିବାର ପ୍ଲାନ	ମଲ୍ଟି ସଦସ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ
କଭର୍ କରାଯିବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା	ପ୍ରାପ୍ତବୟସ୍କ	ପିଲାମାନେ	
ଭେରିଆଣ୍ଟ	କ୍ଲସିକ୍	ସିଲେକ୍ଟ	ଏଲିଟ୍ କ୍ଲସ୍
ବେସ୍ ସମ୍ ଜନସ୍ୱୀକୃତି	ଅସୀମିତ	₹ 5,00,000	₹ 10,00,000
ପଲିସି ଅବଧି	1 ବର୍ଷ	2 ବର୍ଷ	3 ବର୍ଷ 4 ବର୍ଷ 5 ବର୍ଷ

ବୈକଳ୍ପିକ କଭରେଜ୍

1. କ୍ୟାଣ୍ଟି-ବ୍ୟାଗ୍+	ହଁ	ନା	
2. ଟିୟର୍ ନେଟୱର୍କ ⁽¹⁾	ହଁ	ନା	
3. ନିଭାରୁପାସ୍‌ ⁽²⁾	ହଁ	ନା	
4. ବାର୍ଷିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ ⁽²⁾ (କେବଳ କ୍ୟାଣ୍ଟିଲେସ୍)	ହଁ	ନା	
5. ବାର୍ଷିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯାଞ୍ଚ ⁽²⁾ (କ୍ୟାଣ୍ଟିଲେସ୍ + ପ୍ରତିପୁରଣ)	ହଁ	ନା	
6. ହେଡ୍‌ସ୍‌ଅପ୍‌(1)	ହଁ	ନା	
7. ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦୈନିକ ନଗଦ	ହଁ	ନା	
8. କ୍ଲେମ୍ ସେଫଗାର୍ଡ୍‌+	ହଁ	ନା	
9. ତୃତୀୟ ଚିକିତ୍ସା ମତାମତ	ହଁ	ନା	
10. ତୃତୀୟ ଚିକିତ୍ସା ମତାମତ - ଏକ୍ସପ୍ରେସ୍	ହଁ	ନା	
11. ଚିକିତ୍ସା ଉପକରଣ	ହଁ	ନା	
12. ବୟସ୍କଙ୍କ ପାଇଁ ଭବନାତ୍ମକ ସୁସ୍ଥତା	ହଁ	ନା	
13. ମାନସିକ ସୁସ୍ଥତା ପରାମର୍ଶ	ହଁ	ନା	
14. ଯୌନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁସ୍ଥତା	ହଁ	ନା	
15. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିପଦ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ	ହଁ	ନା	
16. ଦୁର୍ଘଟଣା ଯତ୍ନ	ହଁ	ନା	
17. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଭାରତର	ହଁ	ନା	
18. ସହାୟତାପ୍ରାପ୍ତି ପରିବର୍ତ୍ତନ	ହଁ	ନା	
19. ଫ୍ଲାଇଫ୍-ମୋଡ୍	ହଁ	ନା	
20. ଟୀକାକରଣ କଭର୍	ହଁ	ନା	
21. ସୁସ୍ଥତା ଲାଭ	ହଁ	ନା	
22. ଆଧୁନିକ ଚିକିତ୍ସା+ (କ୍ଲସିକ୍ ଏବଂ ସିଲେକ୍ଟ ପାଇଁ)	ହଁ	ନା	
23. ଏୟାର୍ ଆମ୍ବୁଲାନ୍ସ+ (କ୍ଲସିକ୍ ଏବଂ ସିଲେକ୍ଟ ପାଇଁ)	ହଁ	ନା	
24. ନିର୍ଭରଶୀଳଙ୍କ ରହଣି ଲାଭ	ହଁ	ନା	
25. ଆନ୍ତର୍ଜାତୀୟ କଭର୍	ହଁ	₹ _____ ନା	
26. ସାଂଘାତିକ ରୋଗ	ହଁ	₹ _____ ନା	ନା
27. ଷ୍ଟେଲ୍‌ନେଟ୍‌+	1X	2X	3X 4X 5X ନା
28. ଏକ୍ସ‌ଟ୍ରା	ଭାରିଆଣ୍ଟ 1	ଭାରିଆଣ୍ଟ 2	ଭାରିଆଣ୍ଟ 3 ଭାରିଆଣ୍ଟ 4 ନା
29. ପୂର୍ବରୁ ଥିବା ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ସଂଶୋଧନ	12 ମାସ	24 ମାସ	ନା
30. ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ଅପେକ୍ଷା ସମୟ ସଂଶୋଧନ	12 ମାସ	36 ମାସ	ନା
31. ସହ-ପେମେଣ୍ଟ୍‌ ⁽³⁾	10%	20%	30% 40% 50% ନା
32. ବାର୍ଷିକ ସାମଗ୍ରିକ ଡିଡକ୍ଟିବଲ୍‌ ⁽³⁾	₹ 10,000	₹ 20,000	₹ 30,000 ₹ 50,000 ₹ 1,00,000 ₹ 2,00,000 ₹ 3,00,000 ₹ 4,00,000 ₹ 5,00,000 ନା
33. ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ପରେ ସଂଶୋଧନ	30 ଦିନ	60 ଦିନ	90 ଦିନ 270 ଦିନ 365 ଦିନ
34. ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ପୂର୍ବରୁ ସଂଶୋଧନ	30 ଦିନ	90 ଦିନ	180 ଦିନ ନା
35. ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ସଂଶୋଧନ	7 ଦିନ	10 ଦିନ	15 ଦିନ ନା
36. ମହିଳାଙ୍କ ପାଇଁ ସୁସ୍ଥତା	ପ୍ଲାନ 1	ପ୍ଲାନ 2	ପ୍ଲାନ 3 ପ୍ଲାନ 4 ପ୍ଲାନ 5 ପ୍ଲାନ 6 ନା

37. ଆଇଗାର୍ଡ	ପ୍ଲାନ 1 ପ୍ଲାନ 2 ପ୍ଲାନ 3 ପ୍ଲାନ 4 ପ୍ଲାନ 5 ପ୍ଲାନ 6 ପ୍ଲାନ 7 ନା
38. ଲାଇଫ୍-ଟାଇମ୍	ପ୍ଲାନ 1 ପ୍ଲାନ 2 ପ୍ଲାନ 3 ପ୍ଲାନ 4 ପ୍ଲାନ 5 ପ୍ଲାନ 6 ପ୍ଲାନ 7 ପ୍ଲାନ 8 ପ୍ଲାନ 9 ପ୍ଲାନ 10 ପ୍ଲାନ 11 ପ୍ଲାନ 12 ନା
39. ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ ⁽⁵⁾ ଅସୀମିତ ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ପାଇଁ: ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ: ₹1 କୋଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ, ₹5 ଲକ୍ଷର ଗୁଣକରେ PA ବକ୍ସପାଇଁ	ହଁ; ₹ ନା ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ ପାଇଁ 5 ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା 10 ଲକ୍ଷ (ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିକଳଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ବାଛିନ୍ତୁ) 1X 2X 3X 4X 5X ଆବେଦନକାରୀ 1 ଆବେଦନକାରୀ 2 ଆବେଦନକାରୀ 3 ଆବେଦନକାରୀ 4 ଆବେଦନକାରୀ 5 ଆବେଦନକାରୀ 6
40. ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ ଲାଇଫ୍ ⁽⁵⁾ ଅସୀମିତ ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ପାଇଁ: ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ: ₹1 କୋଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ, ₹5 ଲକ୍ଷର ଗୁଣକରେ PA ବକ୍ସପାଇଁ	ହଁ; ₹ ନା ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ ପାଇଁ 5 ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା 10 ଲକ୍ଷ (ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିକଳଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ବାଛିନ୍ତୁ) 1X 2X 3X 4X 5X ଆବେଦନକାରୀ 1 ଆବେଦନକାରୀ 2 ଆବେଦନକାରୀ 3 ଆବେଦନକାରୀ 4 ଆବେଦନକାରୀ 5 ଆବେଦନକାରୀ 6
41. ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ ପ୍ରେମ ⁽⁵⁾ ଅସୀମିତ ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ପାଇଁ: ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ: ₹1 କୋଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ, ₹5 ଲକ୍ଷର ଗୁଣକରେ PA ବକ୍ସପାଇଁ	ହଁ; ₹ ନା ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ ପାଇଁ 5 ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା 10 ଲକ୍ଷ (ନିମ୍ନଲିଖିତ ବିକଳଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ବାଛିନ୍ତୁ) 1X 2X 3X 4X 5X ଆବେଦନକାରୀ 1 ଆବେଦନକାରୀ 2 ଆବେଦନକାରୀ 3 ଆବେଦନକାରୀ 4 ଆବେଦନକାରୀ 5 ଆବେଦନକାରୀ 6
42. ବର୍ତ୍ତମାନ ⁽⁴⁾ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ: ଲୁପ୍ଟିଭ୍: ଉପଲବ୍ଧ ନୁହେଁ (NA); ସିଲେକ୍ଟ୍: ₹10 ଲକ୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଏଲିଜ୍: ₹50 ଲକ୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଲୁପ୍ଟିଭ୍: ₹5 କୋଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ ପାଇଁ - ₹5 ଲକ୍ଷ: କେବଳ ₹5 ଲକ୍ଷ - ₹10 ଲକ୍ଷ: ₹5 ଲକ୍ଷ କିମ୍ବା ₹10 ଲକ୍ଷ ସହ-ପେୟ	ହଁ; ₹ ନା 0% 20% 30% 40% 50%
43. ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ପାଇଁ ବର୍ତ୍ତମାନ ⁽⁴⁾ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ: ଲୁପ୍ଟିଭ୍: ଉପଲବ୍ଧ ନୁହେଁ (NA); ସିଲେକ୍ଟ୍: ₹10 ଲକ୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଏଲିଜ୍: ₹50 ଲକ୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଲୁପ୍ଟିଭ୍: ₹5 କୋଟି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ମୂଳ ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ବିକଳ ପାଇଁ - ₹5 ଲକ୍ଷ: କେବଳ ₹5 ଲକ୍ଷ - ₹10 ଲକ୍ଷ: ₹5 ଲକ୍ଷ କିମ୍ବା ₹10 ଲକ୍ଷ ସହ-ପେୟ	ହଁ; ₹ ନା 0% 20% 30% 40% 50%

#ଫ୍ୟାମିଲି ପ୍ଲାନର ସମ୍ପତ୍ତି ଲିମିଟ୍ ସମସ୍ତ ବ୍ୟାପକ ସହ-ପେୟ ପାଇଁ ସୀମାବଦ୍ଧ। ପ୍ଲାନର ଅର୍ଥ ହେଉଛି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବରେ କିମ୍ବା ସାମୂହିକ ଭାବରେ, ସମସ୍ତ ବ୍ୟାପକ ସହ-ପେୟ ଏହି ଲିମିଟ୍ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବାବଦ କରିପାରିବେ। (1) ପଲିସିରେ ଶୀର୍ଷକ ନୋଟ୍ କିମ୍ବା ହେଡିଂସ୍ ସୁବିଧା ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ ବାଛିହେବ। (2) ପଲିସିରେ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ କିମ୍ବା ଆନୁଆଳ ହେଲ୍ ଡେକ୍-ଅପ୍ ସୁବିଧା ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ ବାଛିହେବ। (3) ଏକ ପଲିସିରେ କୋ-ପେମେଣ୍ଟ କିମ୍ବା ବାଣ୍ଟିକ ଆଗ୍ରିଗେଟ୍ ଡିଡକ୍ଟିବଲ୍ ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ ବାଛିହେବ। (4) ଏକ ପଲିସିରେ ବର୍ତ୍ତମାନ କିମ୍ବା ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ପାଇଁ ବର୍ତ୍ତମାନ ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ ବାଛିହେବ। (5) ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ କିମ୍ବା ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ ଲାଇଫ୍ କିମ୍ବା ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଆକ୍ଟିଭେସନ୍ ପ୍ରେମ ମଧ୍ୟରୁ କେବଳ ଗୋଟିଏ ସୁବିଧା ବାଛିହେବ।

4. ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ				
ପଲିସି ନଂ	ବ୍ୟାପକ କମ୍ପାନୀ	ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବିପଦ ଶେଷ ତାରିଖ	ପୋର୍ଟଫୋଲିଓ କାରଣ

ପୋର୍ଟେବଲିଟି ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନାମ	ପ୍ରଥମ ପଲିସି ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ନିରନ୍ତର କଭରେଜ୍ ବର୍ଷ ସଂଖ୍ୟା ଯାହା ପାଇଁ ପୋର୍ଟେବଲିଟି ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇଛି	ଅତୀତ ପଲିସିରେ ଦାବି	ସାମ୍ପ୍ରତିକ ନୋ ଲ୍ଲେମ୍ ବୋନସ୍	ସମ ଆଶ୍ୱାସନା - ବର୍ଷ 1 (ପୁରୁଣା)	ସମ ଆଶ୍ୱାସନା - ବର୍ଷ 2	ସମ ଆଶ୍ୱାସନା - ବର୍ଷ 3	ସମ ଆଶ୍ୱାସନା - ବର୍ଷ 4 (ନିଆର ପୁରୁଣାପଲିସି)

5. ମନୋନୟନ

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହେଲେ, ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଦେୟ ଥିବା ଯେକୌଣସି ପେମେଣ୍ଟ ନିମ୍ନରେ ନାମିତ ନାମାଙ୍କିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ। ନାମାଙ୍କିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏପରି ପେମେଣ୍ଟ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀର ଦାୟିତ୍ୱରୁ ମୁକ୍ତି ଦେବ।

ମନୋନୀତଙ୍କ ନାମ	ଜନ୍ମ ତାରିଖ	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ	ନାମାଙ୍କିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠିକଣା, ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ଏବଂ ଇମେଲ୍ ID	ନିୟୁତ୍ତଙ୍କ ନାମ (ଯଦି ମନୋନୀତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୟସ 18 ବର୍ଷରୁ କମ୍ ହୋଇଥାଏ)

ମନୋନୀତଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ସୂଚନା:

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ ଖାତା ପ୍ରକାର ସଞ୍ଚୟ ସାମ୍ପ୍ରତିକ

ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍

6. ଚିକିତ୍ସା, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ପୂର୍ବ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା

ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ: ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ଏହି ବିଭାଗରେ ଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଦିଆଯାଇଛି କାରଣ ଆପଣ ଏଠାରେ ପ୍ରଦାନ କରୁଥିବା ସୂଚନା ନିଜା ବୁଝା ଦ୍ୱାରା ଆଣ୍ଡରାଇଟିଂର ଆଧାର ହେବା ଦୟାକରି ଧ୍ୟାନ ଦିଅନ୍ତୁ ଯେ କୌଣସି ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ, ଭୁଲ୍, ଆଂଶିକ ସଠିକ୍ ସୂଚନା ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ଦାବି ଏବଂ/କିମ୍ବା କଭରେଜ୍ ଉପରେ ପ୍ରଭାବପକାଇପାରେ।

ବିଭାଗ A: ଦୟାକରି ତାତ୍ତ୍ୱରୀ ଅବସ୍ଥା ଉପରେ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟନ୍ତୁ												
ଦୟାକରି ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଅନ୍ତୁ। ଦୟାକରି ହଁ (Y) କିମ୍ବା ନା (N) ରେ ଗୋଲ କରନ୍ତୁ।	ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର											
	1	2	3	4	5	6						
ସାଧାରଣ ଥଣ୍ଡା, ଫୁ, ସଂକ୍ରମଣ, ସାମାନ୍ୟ ଆଘାତ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସାମାନ୍ୟ ରୋଗ ବ୍ୟତୀତ; ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ କୌଣସି ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ହୋଇଛି ଏବଂ/କିମ୍ବା 5 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି ଏବଂ/କିମ୍ବା କୌଣସି ଅପ୍ରେସନ୍‌ରେ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଦେଇ ଗତି କରିଛନ୍ତି / କରିବାକୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି ଏବଂ/କିମ୍ବା କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଛନ୍ତି / 14 ଦିନରୁ ଅଧିକ ସମୟ ଧରି କୌଣସି ଲକ୍ଷଣ ଅନୁଭବ କରିଛନ୍ତି କି? ଔଷଧରେ ଇନ୍ଟେଲର, ଇଞ୍ଜେକ୍ସନ୍, ପାଟିରେ ଖାଉଥିବା ଔଷଧ ଏବଂ ଶରୀର ଅଙ୍ଗ ଉପରେ ବାହ୍ୟ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରୟୋଗ ଅନୁଭୂତ କିନ୍ତୁ ସୀମିତ ନୁହେଁ।	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ ଆଇଭଏଚ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଲିପିଡ୍ ପ୍ରୋଫାଇଲ୍, ଟ୍ରୋପିକାଲ୍ ଟେଷ୍ଟ, ଆଞ୍ଜିଓଗ୍ରାଫି, ଇକୋକାର୍ଡିଓଗ୍ରାଫି, ଏଣ୍ଡୋସ୍କୋପି, ଅଲ୍ଟ୍ରାସାଉଣ୍ଡ, CT ସ୍କାନ, MRI, ବାୟୋପ୍ସି ଏବଂ FNAC ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ନିଦାନ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନରେ ପ୍ରତିକୂଳ ଫଳାଫଳ ଆସିଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ମଧୁମେହ କିମ୍ବା ପ୍ରି-ଡାଇବେଟିସ୍ ଅଛି କି କିମ୍ବା ତାଙ୍କର କେବେ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତ ଶର୍କରା ହୋଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
iv. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର ହାଇପର୍‌ଟେନ୍ସନ୍ କିମ୍ବା ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଅଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
v. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ କୌଣସି ଜେନେଟିକ୍ / ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ରୋଗ କିମ୍ବା HIV / AIDS ନିର୍ଣ୍ଣୟ ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vi. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କର କେବେ କୌଣସି ମାନସିକ/ମନୋବୈଜ୍ଞାନିକ ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ହୋଇଛି କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସା କରାଯାଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
vii. ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ଜୀବନ ଉପରେ ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦୈନିକ ନଗଦ କିମ୍ବା ଗୁରୁତର ରୋଗ ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା କେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ, ସ୍ଥଗିତ, ଲୋଡ୍ କିମ୍ବା ବାଦ ଭଳି କୌଣସି ବିଶେଷ ସର୍ତ୍ତ ଅଧୀନରେ ରଖାଯାଇଛି କି?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

ବିଭାଗ B: (ଦୟାକରି ଏହି ବିଭାଗଟି କେବଳ ଆବେଦନକାରୀ ଧୂମପାନ କରୁଥିଲେ କିମ୍ବା ତମାଖୁ/ଗୁଡ଼ଖା/ପାନ ମସଲା କିମ୍ବା ମଦ୍ୟପାନ କରୁଥିଲେ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)	i. ଚୋବେଇବା ତମାଖୁ / ଗୁଡ଼ଖା / ପାନ ମସଲା। ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ କେତେ ପାଉଁର ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ		ii. ମଦ ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ କେତେ ml ବ୍ୟବହାର କରୁଛନ୍ତି ତାହା ସ୍ପଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ			iii. ସିଗାରେଟ୍ / ବିଡି / ସିଗାର୍ ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ପ୍ରତିଦିନ ବ୍ୟବହାର ସ୍ପଷ୍ଟକରନ୍ତୁ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ଦୈନିକ ମଦ୍ୟପାନକାରୀ	1-10	> 10
ଆବେଦନକାରୀ 1							
ଆବେଦନକାରୀ 2							
ଆବେଦନକାରୀ 3							
ଆବେଦନକାରୀ 4							
ଆବେଦନକାରୀ 5							
ଆବେଦନକାରୀ 6							

ବିଭାଗ ସି: ଉପରୋକ୍ତ ବିଭାଗରେ ଚିହ୍ନିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନିମ୍ନଲିଖିତ ସୂଚନା ନିର୍ଦ୍ଦେଶ କରନ୍ତୁ:												
ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ଲକ୍ଷଣ (ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ (ଗୁଡିକ) କିମ୍ବା ନିରାକରଣ କିମ୍ବା ପ୍ରକ୍ରିୟା / ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାରର ବିବରଣୀ					ଅବସ୍ଥାର ସମୟସୀମା	ମେଡିକେସନ୍ (ଗୁଡିକ)		ଡୋଜେଜ୍	ବର୍ତ୍ତମାନର ସ୍ଥିତି (ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ /ଆଂଶିକ ଉଦ୍ଧାର କିମ୍ବାଚାଲୁଥିବା ଚିକିତ୍ସା)	ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ଗବିବରଣୀ	ସଂଲଗ୍ନ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସ (ହଁ/ନା)
	ଯଦି ଡାକ୍ତରଟିଏ ଏଡବିଏସି ପ୍ରଦାନ	ଯଦି ଉଚିତ ରକ୍ତଚାପ ବିଧି ପ୍ରଦାନ		ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିବରଣୀ	ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ (ତିଥି/ ଏମଏମ/ ଖାଲିଖାଲି ଲଖାଇ)							
		ସିଷ୍ଟୋଲିକ୍	ଡାୟସ୍ଟୋଲିକ୍									

7. ଘୋଷଣା (ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତ୍ୟେକଟିକୁ ଭଲଭାବେ ପଢନ୍ତୁ ଏବଂ ଚେକ୍ ମାର୍କ ଦିଅନ୍ତୁ)

- ☐ ମୁଁ ଏଡ଼ହାୟା, ମୋ ତରଫରୁ ଏବଂ ବାମାଜୁକୁ ହେବାକୁ ଥିବା ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ତରଫରୁ, ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ/କିମ୍ବା ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦତ୍ତ ବିବରଣୀ ମୋ ଜ୍ଞାନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ ଦିଗରୁ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ତରଫରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକୃତ ଅଟେ।
- ☐ ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବାମା ମାଲିକର ଆଧାର ହେବ, ବାମାକାରୀଙ୍କ ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଣ୍ଡରାଇଲଟିଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରିମିୟମର ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ପଲିସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ।
- ☐ ମୁଁ ଆହୁରି ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିନ୍ତୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବିପଦ ଗ୍ରହଣ ବିଷୟରେ ଜଣାଇବା ପୂର୍ବରୁ ବାମାଜୁକୁ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦୃଢ଼ କିମ୍ବା ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ହେଉଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ବିଷୟରେ ମୁଁ ଲିଖିତ ଭାବରେ ସୂଚିତ କରିବି।
- ☐ ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଯେକୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଯେଉଁମାନେ/ଯାହାକି ଯେକୌଣସି ସମୟରେ ବାମାଜୁକୁ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ଚିକିତ୍ସା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା କୌଣସି ପୂର୍ବତନ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନର ନିୟୁତ୍ତିବାଚାକୀଠାରୁ ବାମାଜୁକୁ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଶାରୀରିକ କିମ୍ବା ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରୁଥିବା କୌଣସି ବିଷୟରେ ଚିକିତ୍ସା ସୂଚନା ମାଗିବା ପାଇଁ ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ମତି ଦେଉଛି ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବର ଅଣ୍ଡରାଇଲଟିଂ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବିର ସମାଧାନ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଯେକୌଣସି ବାମାକାରୀଙ୍କଠାରୁ ସୂଚନା ମାଗିବା ପାଇଁ ଯାହାଙ୍କ ନିକଟରେ ବାମାଜୁକୁ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଉପରେ ବାମା ପାଇଁ ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି।
- ☐ ପ୍ରସ୍ତାବର ଅଣ୍ଡରାଇଲଟିଂ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଦାବିର ସମାଧାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ/କିମ୍ବା ନିୟମାବଳୀ ପ୍ରାଧିକରଣ ସହିତ ବାମାଜୁକୁ/ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟିବା ପାଇଁ ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି।
- ☐ ଆମର ଏମ୍ପଲୋୟ୍ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହିତ ସେବା ପ୍ରଦାନର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ବାମାଜୁକୁ / ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋ / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସୂଚନା ବାଣ୍ଟିବା ପାଇଁ ମୁଁ / ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି।

ତାରିଖ ସ୍ଥାନ _____ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

8. ଚର୍ଚ୍ଚାକାରୀ ଘୋଷଣାମାମା

(ସାର୍ବିଟିକେସନ୍ ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି (କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ଜଣେ ସାକ୍ଷୀ ହେବାକୁ) | ଏହି ଫର୍ମ ଏବଂ ଏହାର ବିବରଣୀ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ମୋ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ଦିଆଯାଇଛି, ଯିଏ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ସମାନ କଥା ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି:

ସାର୍ବିଟିକେସନ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ:

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ

ସାର୍ବିଟିକେସନ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ:

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

ସାର୍ବିଟିକେସନ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର:

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

9. ପ୍ରସ୍ତାବକ ଘୋଷଣା

(ସାମ୍ପ୍ରତିକେସନ୍ ଯେଉଁଠାରେ କୌଣସି କାରଣରୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ଅନ୍ୟ ସଂଯୁକ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯାଇ ନାହିଁ) | ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ଏବଂ ସଂଯୁକ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ରିକର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୋଡେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ରୁକ୍ତିର ମହତ୍ତ୍ଵକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ବୁଝିପାରିଛି | ମୋ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଅନୁସାରେ _____ ଦ୍ଵାରା ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ପୂରଣ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ମୁଁ ଏହାକୁ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପାଇଛି |

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

10. ପ୍ରିମିୟମ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ (କେବଳ ଅଫିସ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ପ୍ରିମିୟମ୍ ପେମେଣ୍ଟ୍ ବିକଳ୍ପ	☐	ରେଟ୍	☐	ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ	☐	କ୍ରେଡିଟ୍ କାର୍ଡ / ଡେବିଟ୍ କାର୍ଡ	☐	ନେଟ୍ ବ୍ୟାଙ୍କିଙ୍ଗ୍	☐	ନଗଦ	☐	ଅନ୍ୟାନ୍ୟ	☐
ପ୍ରିମିୟମ ରାଶି					ଅନଲାଇନ୍ ପେମେଣ୍ଟ୍ ଟ୍ରାଞ୍ଜାକ୍ସନ୍ ଆଇଡି:				ଡାରିଙ୍ଗ୍				
ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ / ଶାଖା					ନିଜା ବୁଝା ଶାଖା ଅବସ୍ଥାନ								
କୋଡ୍ ନମ୍ବର					ବ୍ୟବସାୟ ଦ୍ଵାରା ସୃଷ୍ଟି: ପରାମର୍ଶଦାତା / ଡିଏସଟି / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ୍ / ଅନ୍ୟ ଚ୍ୟାନେଲ								
କୋଡ୍ ନମ୍ବର													
ନାମ													
ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥିବା ତାରିଖ:					ଗ୍ରହଣ ଆଇଡି:								
ପ୍ରସ୍ତାବକ କିମ୍ବା ଆବେଦନକାରୀ ଜଣେ କର୍ମଚାରୀ କି?	☐	ହଁ	☐	ନା									

11. କେବଳ ବ୍ୟାଙ୍କାସୁରାନ୍ ଚ୍ୟାନେଲ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ବିବରଣୀ (କେବଳ ଅଫିସ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ଶାଖା କୋଡ୍		ଏସପି କୋଡ୍		ଆରଏମ / ଏଲଜି କୋଡ୍	
ସିଗ୍ନାଚର ଆକାରରୁ	ନମ୍ବର				

12. ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ (କେବଳ ଅଫିସ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ)

ମୁଁ, ଜଣେ ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତା / କର୍ପୋରେଟ୍ ଏଜେଣ୍ଟ୍ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବ୍ୟକ୍ତି / ଟ୍ରୋକରଙ୍କ ଅଧିକୃତ କର୍ମଚାରୀ / ରିଲେସନ୍ସିପ୍ ଅଫିସର ଭାବରେ, ଏତଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନର ପ୍ରକୃତି ସହିତ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମର ସମସ୍ତ ବିଷୟବସ୍ତୁ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କୁ ବୁଝାଇଛି, ଯେଉଁଥିରେ ତାଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା ବକ୍ତବ୍ୟ(ଗୁଡ଼ିକ), ସୂଚନା ଏବଂ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା(ଗୁଡ଼ିକ) ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଥିବା ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ କିମ୍ବା ଏଥିରେ ଗଢାଯାଇଥିବା କୌଣସି ବିବରଣୀ, ଯଦି ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ଵାରା ପଢିଯି ଲାଗି କରିବା ପାଇଁ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଏ, ତେବେ କମ୍ପାନୀ ଏବଂ ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ରୁକ୍ତିର ଆଧାର ହେବ। ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ବୁଝାଇଛି

ଯେ ଯଦି ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ / ଘୋଷପତ୍ର (ଗୁଡ଼ିକ), ଶପଥପତ୍ର, ବିବୃତ୍ତି, ଦାଖଲ, ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା / ପ୍ରଦାନ କରାଯିବାକୁ ଥିବା ସମେତ କୌଣସି ମିଥ୍ୟା ବକ୍ତବ୍ୟ (ଗୁଡ଼ିକ) / ସୂଚନା / ପ୍ରତିକ୍ରିୟା (ଗୁଡ଼ିକ) ଆଏ ଏବଂ ଏଥିସହିତ ଯଦି କୌଣସି ମୁଖ୍ୟ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ କରାଯାଇନଥାଏ, ତେବେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁଯାୟୀ ତାଙ୍କ ସପକ୍ଷରେ ଲାଗି କରାଯାଇଥିବା ପଲିସିକୁ କମ୍ପାନୀ ଦ୍ଵାରା ଅକାମୀ ଘୋଷଣା କରାଯାଇପାରେ ଏବଂ ପଲିସି ଅଧୀନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ପ୍ରିମିୟମ କମ୍ପାନୀ ନିକଟରେ ବାଜ୍ୟାପୁ ହୋଇପାରେ।

ଡାରିଙ୍ଗ୍

ବୀମା ପରାମର୍ଶଦାତାଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ

13. ବୈଧାନିକ ସତ୍ୟତା

ରିହାତିର ନିଷେଧ (ବୀମା ଆଇନ ୧୯୩୮ ର ଧାରା ୪୧ ଅନୁଯାୟୀ)

- କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଭାରତରେ ଜୀବନ କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ ସମ୍ଭାବନାରେ ବୀମା କରିବା, ନବୀକରଣ କରିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖିବା ପାଇଁ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବା ପାଇଁ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ କିମ୍ବା ପରୋକ୍ଷ ଭାବରେ ଅନୁମତି ଦେବେ ନାହିଁ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେବେ ନାହିଁ, ପଲିସିରେ ବର୍ଣ୍ଣାଯାଇଥିବା କମ୍ପାନୀ କିମ୍ବା ପ୍ରିମିୟମର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କିମ୍ବା ଆଂଶିକ ରିହାତି ଦିଆଯିବ ନାହିଁ, କିମ୍ବା ପଲିସି ନେଇଥିବା କିମ୍ବା ନବୀକରଣ କରୁଥିବା କିମ୍ବା ଜାରି ରଖୁଥିବା କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି କୌଣସି ରିହାତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ, କେବଳ ସେହି ରିହାତି ବ୍ୟତୀତ ଯାହା ବୀମାକାରୀଙ୍କ ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରୋସେଡ୍ୟୁର୍ କିମ୍ବା ଟେବୁଲ ଅନୁଯାୟୀ ଅନୁମତି ଦିଆଯାଇପାରେ |
- ଯେଉଁ ବ୍ୟକ୍ତି ଏହି ବିଭାଗର ବ୍ୟବସ୍ଥା ପାଳନ କରିବାରେ ତିଫଲ୍ କରନ୍ତି, ସେ ଦଣ୍ଡ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଜୋରିମାନା ଦେବାକୁ ଦାୟୀ ରହିବେ |

14. ଗ୍ରାମୀଣ ଏବଂ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ର ବର୍ଗ (ଯଦି ଲାଗୁ ହୁଏ):

ଆଶା କର୍ମୀ	☐	ଏମଜିଏନଆରଜିଏ କର୍ମୀ	☐
-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------

15. ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି

ସଦସ୍ୟ ନାମ	ଆପଣଙ୍କର ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି ଅଛି କି?		ଏବିଏଚଏ ଆଇଡି				ଏବିଏଚଏ ମାଧ୍ୟମରେ ବୀମାକାରୀ / ଟିପିଏ ସହିତ ତାଙ୍କର ରେକର୍ଡ ବାଣ୍ଟିବାକୁ ସମ୍ମତି	
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା
	☐ ହଁ	☐ ନା					☐ ହଁ	☐ ନା

16. ନିଫ୍ଟ ଏବଂ ଦାବିର ପେମେଣ୍ଟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ପେମେଣ୍ଟ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ବିକଳ୍ପ: ବ୍ୟାଙ୍କ ଟ୍ରାନ୍ସଫର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ

ଏକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର

ଖାତା ପ୍ରକାର

ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- C-98, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ପାର୍ଟ 1, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-110024
ଅସ୍ଥାବୃତ୍ତି: ବୀମା ହେଉଛି ଅନୁରୋଧର ଏକ ବିଷୟ। ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (IRDAI ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ ନଂ 145) 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଟବିଟ୍' ଲୋଗୋ ସେମାନଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ମାଲିକମାନଙ୍କର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡମାର୍କ ଏବଂ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ବ୍ୟବହୃତ ହେଉଛି। ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥଲାଇନ: 1860-500-8888. ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918.
ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ, ବାଦ, ବିପଦ କାରକ, ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ଡ୍ରୋପରକୁ ଭଲଭାବେ ପଢନ୍ତୁ।

ନିଭା ବୁପା ହେଲୁ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ:- C-98, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ପାର୍ଟ 1, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-110024

ଅସ୍ୱୀକୃତି: ବୀମା ହେଉଛି ଅନୁରୋଧ ଏକ ବିଷୟ। ନିଭା ବୁପା ହେଲୁ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (IRDAI ରେଜିଷ୍ଟ୍ରେସନ୍ ନଂ 145) 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାର୍ଡବିଟ୍' ଲୋଗୋ ସେମାନଙ୍କ ପୂର୍ଣ୍ଣ ମାଲିକମାନଙ୍କର ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡମାର୍କ ଏବଂ ନିଭା ବୁପା ହେଲୁ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ବ୍ୟବହୃତ ହେଉଛି। ଗ୍ରାହକ ହେଲୁଲାଇନ୍: 1860-500-8888. ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918. ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ, ବାଦ, ବିପଦ କାରକ, ଅପେକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ସମୟରେ ପ୍ରଦତ୍ତ ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟ୍ସକୁ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ।

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି

ଆବେଦନ ନଂ.

ତାରିଖ

ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ଟର୍ମ୍ସ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ _____ ମାଧ୍ୟମରେ Rs. _____ ପରିମାଣର, _____ ତାରିଖର, _____ ଉପରେ ଅଙ୍କିତ, ରାଶିର ରସିଦ୍ ପାଇଁ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ଧନ୍ୟବାଦ ଜଣାଉଛୁ। ଆମ ନିକଟରେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ କରିବା କିମ୍ବା ପଲିସି ପ୍ରଦାନ ଦିଗରେ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ପେମେଣ୍ଟ ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବା ପାଇଁ ବାଧ୍ୟ କରିବ ନାହିଁ, ଯାହାକି ଆମର ଏକମାତ୍ର ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବେକ ଉପରେ ନିର୍ଭର କରିବ। ଯଦି ଆମେ ବୀମା ପାଇଁ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରୁ, ତେବେ ଏହା ପଲିସିର ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ଯଦି ଆମେ ପ୍ରମିୟମ ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସମୟରେ ଗ୍ରହଣ ନକରୁ କିମ୍ବା ଏହା ଆଦାୟ ନହୁଏ ତେବେ ଆମର କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ରହିବ ନାହିଁ। ଯଦି ଆମେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ ନକରୁ, ତେବେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କୁ ସୂଚନା ଦେବୁ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ପ୍ରାପ୍ତ ଚିକିତ୍ସା ପରୀକ୍ଷା ଖର୍ଚ୍ଚ (ଯଦି କିଛି ଥାଏ) କାଟିବା ପରେ ବିନା ସୁଧରେ ପେମେଣ୍ଟ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ।

ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ସିଲ୍ ର ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526