

ସରଳ ସୁରକ୍ଷା ବୀମା, ନିଭା ବୁପା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ

ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ - ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ

ବୀମା ଚୁକ୍ତି ମଧ୍ୟ ଏକ ଆଇନଗତ ଚୁକ୍ତି ଏବଂ ଏହା ଗ୍ରହଣ ଏବଂ ଆମେ ବିଶ୍ୱାସ ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ ଆଧାରିତ

। ଆମେ ବୁଝିପାରୁଛୁ ଯେ ଆପଣ ଜାଣିନଥିବେ ଯେ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟରେ ସୂଚନା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ ଏବଂ ଏହା ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ। ତେଣୁ ଏହା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯେ ଆପଣ ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା ପ୍ରକାଶ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ଆମେ ନିଶ୍ଚିତ ନେବୁ ଯେ ଏହା କେତେ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ (ଆମେ ଏହାକୁ

'ଭୌତିକ ଚ୍ୟାପ' କହିଥାଉ)। ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପଲିସି ବାବଦ କରନ୍ତୁ, କୌଣସି ବାବଦ ଦେବୁ ନାହିଁ, କୌଣସି ପ୍ରମିୟମ ଫେରସ୍ତ କରିବୁ ନାହିଁ ଏବଂ ଯଦି ବୀମା କରିବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ବିଷୟରେ ସଠିକ୍ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ ତେବେ ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୁବିଧା ପୁନରୁଦ୍ଧାର ସମେତ ସମସ୍ତ ସମ୍ଭାବ୍ୟ ଆଇନଗତ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ନେବାର ଅଧିକାର ରହିବ

। ନିୟମାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ଆମେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରମିୟମ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବା ପରେ ଏବଂ ବିପଦକୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବରେ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପରେ କଭରେଜ୍ ଆରମ୍ଭ ହୋଇପାରିବ।

1-ପ୍ରସ୍ତାବକ ବିବରଣୀ:

ନାମ[ସମ୍ପାଦନ] F I R S T N A M ଏବଂ M I D D L ଏବଂ N A M ଏବଂ L A S T N A M ଏବଂ

ଲିଙ୍ଗ[ସମ୍ପାଦନ] ପୁରୁଷ ମହିଳା ତୃତୀୟ ଲିଙ୍ଗ ଜନ୍ମ ତାରିଖ D D M M ଏବଂ ଏବଂ ଏବଂ

ଠିକଣା

ଜମି ଚିହ୍ନ ସହର

ଜିଲ୍ଲା ରାଜ୍ୟ ସରକାର

Pin-code ଜମିଲ୍ ଆଇଡି

ମୋବାଇଲ୍ ଫୋନ୍ ଆକାରଣ ନମ୍ବର

ପ୍ୟାନ୍ ନଂ. ଜାତୀୟତା[ସମ୍ପାଦନ]

ବୃତ୍ତି: ବେତନଭୋଗୀ ସ୍ୱୟଂ ନିଯୋଜିତ ଛାତ୍ର ଗୃହିଣୀ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ, ଦୟାକରି _____ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ

ବାଣିଜ୍ୟ ଆଇ (_____ ଟଙ୍କା) ସିକେଣ୍ଡାରୀ ନମ୍ବର (ବିକଳ): _____

ଆପଣ ପଲିସି କିମ୍ବା ଫିଲିପାଇ କପି ଗଠୁଛନ୍ତି କି ହଁ ନା

ପିଲାମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପୃଥକ୍ ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ମୁଁ ମୋର ଯଥାସମ୍ଭବ ଚେଷ୍ଟା କରିବି । ମୁଁ ସବୁଜି ହୋଇଯିବି । ମୋତେ କେବଳ ସତ୍ୟ କପି ପଠାନ୍ତୁ । ଦୟାକରି କୌଣସି କାର୍ଗ ନାହିଁ

ମୁଁ ଏହି ନୀତିକୁ ଏକ ଇଆଇଏଲ୍ ଶ୍ରେୟ ଦେବାକୁ ଗଠୁଛି ।
 ବିଦ୍ୟମାନ ଇ-ବୀମା ଆକାରଣ ନଂ. _____ ବୀମା ରଖାର ନାମ (ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆକାରଣ ଖୋଲିଛନ୍ତି)

1. M/s NSDL Database Management Limited 2. ମେସର୍ସ ସେଣ୍ଟ୍ରାଲ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍
 3. ମେସର୍ସ କାର୍ଗ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ ରିପୋଜିଟୋରୀ ଲିମିଟେଡ୍ 4. ମେସର୍ସ CAMS ରିପୋଜିଟୋରୀ ସର୍ଭିସେସ୍ ଲିମିଟେଡ୍ (ଦୟାକରି ଯେକୌଣସି ଗୋଟିଏ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) କିମ୍ବା

ଯଦି ଆପଣ ଗଠୁଛନ୍ତି ଯେ ଆମେ ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ଏକ ଇଆଇଏ ଆକାରଣ ଖୋଲିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଗଠୁଛି, ଦୟାକରି ସେକ୍ସନ 9, ଏନଇଏଫଟି ଏବଂ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ ରେ ବିବରଣୀ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ କିମ୍ବା

ମୋର ଏକ ଇଆଇଏ ନାହିଁ ଏବଂ ଏହାକୁ ଖୋଲିବାକୁ ଗଠୁନାହିଁ

ମୁଁ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କିମ୍ବା ଏହାର କୌଣସି ଏଜେଣ୍ଟ ଏବଂ/କିମ୍ବା ତୃତୀୟ ପକ୍ଷ/ସହଯୋଗୀ ମାନଙ୍କୁ ମୋ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଫୋନ୍ ନମ୍ବରରେ ଏସଏମଏସ/ ଇମେଲ୍ / ଫୋନ୍ / ସ୍ୱାଧିଆର୍ଯ୍ୟ / ଫେସବୁକ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ମାଧ୍ୟମ ମାଧ୍ୟମରେ ମୋ ସହିତ ଯୋଗାଯୋଗ କରି ସ୍ୱାଗତ କଲ୍ / ଏସ୍ ଏମ୍ ଏସ୍ , ସର୍ଭିସ୍ କଲ୍ / ଏସ୍ ଏମ୍ ଏସ୍ , ପଲିସି ସମ୍ପନ୍ନାୟ ସୂଚନା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବାଣିଜ୍ୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି ।

ଆପଣ କିମ୍ବା ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି ରାଜନୈତିକ ଭାବରେ ଉଦ୍ଘୋଷିତ ବ୍ୟକ୍ତି (ପିଇପି) ଅଟନ୍ତି କି? ହଁ ନାହିଁ

#PEP ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ବ୍ୟକ୍ତି ଯିଏ ପ୍ରମୁଖ ସାବିଜନୀନ କାର୍ଯ୍ୟ ଯଥା କେନ୍ଦ୍ର କିମ୍ବା ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବରିଷ୍ଠ ରାଜନେତା, ବରିଷ୍ଠ ସରକାରୀ, ନ୍ୟାୟିକ କିମ୍ବା ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ସରକାରୀ କମ୍ପାନୀର ବରିଷ୍ଠ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ, ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟକ୍ତି ଅଧିକାରୀ। (ଯଦି ଆପଣ ପିଇପି ବିରୋଧରେ ଚିଦ୍ କରିଛନ୍ତି, ଦୟାକରି ପୂର୍ଣ୍ଣ ପିଇପି ପ୍ରମାଣିତ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ)

2- ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ବିବରଣୀ ଏବଂ ଯୋଗାଯୋଗ ତଥ୍ୟ:

ଆବେଦନକାରୀ ନମ୍ବର	ନାମ[ସମ୍ପାଦନ]	ଲିଙ୍ଗ (ପୁରୁଷ/ମହିଳା / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ)	ଉଚ୍ଚତା (ପାଦ ଏବଂ ଇଞ୍ଚ)	ଓଜନ (କିଲୋ)	ଜନ୍ମ ତାରିଖ (dd/mm/yyyy)	ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର	ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ	ବୀମାରୁତ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ବିଶେଷ
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- କଲରେକ୍ଟ ରୟନ:

ଆଧାର କଲରେକ୍ଟ:	
ନୀତି ପ୍ରକାର:	<input type="checkbox"/> ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ
ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ଥିବା ଜୀବନ ସଂଖ୍ୟା:	Adults _____ ପିଲାଙ୍କ _____
ମୃତ୍ୟୁ (ଆଧାର ବୀମା)	
ସ୍ତ୍ରୀମାନଙ୍କ ଲିଫ୍ଟ୍ (ପିପିଟି)	ଆଧାର ରାଶି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବୀମା ରାଶି
ସ୍ତ୍ରୀମାନଙ୍କ ଆଂଶିକ ଅକ୍ଷମତା (ପିପିଟି)	ଆଧାର ରାଶି ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବୀମା ରାଶି
ନୀତି ଅବଧି:	<input type="checkbox"/> ୧ ବର୍ଷ

ବିକଳ କଲରେକ୍ଟ:	
ଅସ୍ତ୍ରୀମାନଙ୍କ ଲିଫ୍ଟ୍ (ପିପିଟି)	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
ଦୁର୍ଘଟଣା ଯୋଗୁଁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ଖର୍ଚ୍ଚ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ
ଶିକ୍ଷା ଅନୁଦାନ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାହିଁ

4- ନାମାଙ୍କନ:

ପ୍ରସ୍ତାବକ ମୃତ୍ୟୁ ହେଲେ ନୋମିନିକୁ ଦାବି ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ। ଅନ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପାଇଁ, ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେଉଛି ନୋମିନି। ନୋମିନିକୁ ଦେଇ ଦେବା ହେଉଛି କମ୍ପାନୀର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହ କରିବା ।

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

ନୋମିନିକ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ: ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ:

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ[ସମ୍ପାଦନା] ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର[ସମ୍ପାଦନା] ସଞ୍ଚୟ[ସମ୍ପାଦନା] ସମ୍ପତ୍ତି

ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର IFSC କୋଡ୍

5- ଡାକ୍ତରୀ, ଅଭ୍ୟାସ ଏବଂ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପ୍ରସ୍ତାବ ସୂଚନା:

ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସମ୍ପର୍କରେ:	ସଦସ୍ୟ 1	ସଦସ୍ୟ ୨	ସଦସ୍ୟ ୩	ସଦସ୍ୟ ୪	ସଦସ୍ୟ ୫	ସଦସ୍ୟ ୬
ଆପଣ ଉତ୍ତର ସ୍ତରରେ ଅଛନ୍ତି କି ଏବଂ / କିମ୍ବା ଜନ୍ମ ପରଠାରୁ କିମ୍ବା ପରେ କୌଣସି ମାନସିକ / ଶାରୀରିକ ଦୁର୍ବଳତା ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିକୃତି ଏବଂ / କିମ୍ବା ଅକ୍ଷମତାରେ ପୀଡ଼ିତ ନୁହଁନ୍ତି?	<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

6- ଘୋଷଣା:

ମୁଁ ମୋ ଚରମ ଥର ଏବଂ ବୀମା ଭୁକ୍ତ ହେବାକୁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ସମସ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଚରମ ଘୋଷଣା କରୁଛି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ବିବୃତି, ଉତ୍ତର ଏବଂ / କିମ୍ବା ବିବରଣୀ ସ୍ପଷ୍ଟ ମୋର ଆନ ଅନୁଯାୟୀ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ଏବଂ ଏହି ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଚରମ ଘୋଷଣା ଦେବା ପାଇଁ ମୁଁ ଅଧିକାରୀ ପ୍ରାପ୍ତ ।

ମୁଁ ବୁଝିପାରୁଛି ଯେ ମୋ ଦାବା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା ବୀମା ପଲିସିର ଆଧାର ହେବ, ବୀମାକର୍ତ୍ତା ବୋର୍ଡ ଅନୁମୋଦିତ ଅଫିସରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପଲିସି ଅଧୀନରେ ରହିବ ଏବଂ ପ୍ରମାଣ ଆଦାୟ ଯୋଗ୍ୟ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦେୟ ପରେ ହିଁ ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ।

ମୁଁ ଅନୁଭବ କରୁଛି ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ହେବା ପରେ କିଛି କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ବିପଦ ସ୍ତରଣ 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 ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଡାକ୍ତରଖାନାଠାରୁ ଡାକ୍ତରୀ ସୂଚନା ଚାହୁଁଥିବା କମ୍ପାନୀକୁ ସମ୍ପର୍କିତ ଜଣାଇ ଯିବ କି କୌଣସି ସମୟରେ ବୀମା/ପ୍ରସ୍ତାବକ ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଠାରୁ କିମ୍ବା କୌଣସି ଅନ୍ୟ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ନିଯୁକ୍ତିଦାତାଙ୍କ 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 ଅଣ୍ଟିଲିଖିତ କରିବା ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ।

ମୁଁ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ / କିମ୍ବା ଦାବି ସମାଧାନ ଏବଂ କୌଣସି ସରକାରୀ ଏବଂ / କିମ୍ବା ନିୟମାବଳୀ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କ ସହ ଅଣ୍ଟିଲିଖିତ କରିବାର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପର୍କୀୟ ସୂଚନା ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରେ ।

ସେବା ବିଚାରଣର ଏକମାତ୍ର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ପାଇଁ ବୀମାଭୁକ୍ତ / ପ୍ରସ୍ତାବକ ଡାକ୍ତରୀ ରେକର୍ଡ ସମେତ ମୋର / ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମ୍ପର୍କୀୟ ସୂଚନା ଆମର ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ସହ ଅଂଶଦ୍ୱାରା କରିବାକୁ ଆମେ କମ୍ପାନୀକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛୁ ।

ଯଦି ପ୍ରସ୍ତାବକ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ଦସ୍ତଖତ କରିଛନ୍ତି: ଏହି ଫର୍ମର ବିଷୟବସ୍ତୁ ମୁଁ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି, ଭାଷାରେ ସାର୍ବିଫକେଟ ପ୍ରାପ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ

_____ ଠିକ୍ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଉପସ୍ଥିତିରେ ଯିବ ଏହାକୁ ବୁଝିଛନ୍ତି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରିଛନ୍ତି ।

ସାକ୍ଷୀ କମ୍ପାନୀର ଏଜେଣ୍ଟ/ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କେହି ହେବା ଜରୁରୀ ।

Dated _____ Place _____ Proposer _____ ଦସ୍ତଖତ

ପ୍ରମାଣିତ Person _____ ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରମାଣିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____

Witness _____ ଦସ୍ତଖତ ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର _____

14- ବାବି ଫୋରସ୍ତ ଏବଂ ଦେୟ ପାଇଁ ବିବରଣୀ

ଦେୟ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାର ବିବରଣୀ: ବ୍ୟାଙ୍କ ଗ୍ରାହକଙ୍କର

ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ: _____ ଆଇଏଫଏସସି: _____

ଆକାରଣ ନମ୍ବର: _____

ଆକାରଣ ପ୍ରକାର: _____

15- କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି:

ଆସିକେସନ୍ ନଂ. _____ ତାରିଖ __/__/_____

ଚେକ୍ / ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ / Others _____ of ରାଶି ଦ୍ୱାରା ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଏବଂ ରାଶି ପ୍ରାପ୍ତ ହେବା କୁ ଆମେ ଧନ୍ୟବାଦ ସହିତ ସ୍ୱୀକାର _____ ତାରିଖ _____ ଉପରେ ଅକ୍ୱାୟାକ୍ସି

ବୀମା ପାଇଁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସ୍ତାବ ବିନ୍ୟ ପଲିସି ଜାରି କରିବା ବିଗରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ଦେୟ ଆମକୁ ଏକ ପଲିସି ଜାରି କରିବାକୁ ରାଜି ହେବାକୁ ବାଧ୍ୟ କରେ ନାହିଁ, ଯାହା ନିଶ୍ଚିତ 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 ପ୍ରମିୟମ ଆମ ଦ୍ୱାରା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଏବଂ ଠିକ୍ ସମୟରେ ପ୍ରାପ୍ତ କରାଯାଏ ବିନ୍ୟ ଉପଲବ୍ଧ ହୁଏ ନାହିଁ ତେବେ ଆମର କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ 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

ଗ୍ରହଣକାରୀ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ seal _____ ନାମ ଏବଂ ଦସ୍ତଖତ

ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକ୍ୟୁରାଲ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍; ପଞ୍ଜୀକୃତ ଅଫିସ୍:- ସି-୯୮, ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଲାଜପତ ନଗର, ଭାରତ, ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ-୧୧୦୦୨୪
 ଡିସ୍କ୍ଲେୟର: ବୀମା ଏବଂ ଅନୁରୋଧର ବିଷୟ । ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକ୍ୟୁରାଲ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ (ପୂର୍ବରୁ ମ୍ୟାଣ୍ଡୁ ବୁପା ହେଲ୍ଥକ୍ୟୁରାଲ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ନାମରେ ପରିଚିତ) (ଆଇଆରଡିଏଆଇ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନଂ ୧୪୫) । 'ବୁପା' ଏବଂ 'ହାଟ୍‌ବିଟ୍' ଲୋଗୋ ନିଜ ନିଜ ମାଲିକଙ୍କ ପଞ୍ଜୀକୃତ ଟ୍ରେଡ୍‌ମାର୍କ ଏବଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଅଧୀନରେ ନିଭା ବୁପା ହେଲ୍ଥକ୍ୟୁରାଲ୍ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ ଦ୍ୱାରା ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଛି । ଗ୍ରାହକ ହେଲ୍ଥଲାଇନ: 1860-500-8888 । ୱେବସାଇଟ୍: www.nivabupa.com ।
 ସିଆଇଏନ୍: U66000DL2008PLC182918 । ସର୍ତ୍ତାବଳୀ, ବହିଷ୍କାର, ବିପଦ କାରଣ, ପ୍ରତୀକ୍ଷା ଅବଧି ଏବଂ ଲାଭ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ବିବରଣୀ ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିକ୍ରୟ ସମାପ୍ତ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ବିକ୍ରୟ ପୁସ୍ତିକାକୁ ଭଲ ଭାବରେ ପଢନ୍ତୁ ।