

ବିନା ପକ୍ଷପାତରେ

- ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଜୀବନ ନିଶ୍ଚିତ/ହିତାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ
 - ଦୟାକରି ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ ଯେ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି। ପ୍ରଶ୍ନରୁ ନୁହେଁ (ଏନ/ଏ) କୁ ଖାଲି ରଖିବା ପରିବର୍ତ୍ତେ ଏହାର ବ୍ୟବହାର ନିଶ୍ଚିତ କରନ୍ତୁ
 - ପଲିସି ଡକ୍ୟୁମେଣ୍ଟରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିବା ନିୟମ ଏବଂ ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ଏବଂ ଘଟଣା ତାରିଖ ଅନୁଯାୟୀ ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ଅଧୀନରେ ଦାବି ଆୟ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ
 - ଆବଶ୍ୟକତା ରୁଚିକର ଶୀଘ୍ର ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାଖଲ କମ୍ପାନୀକୁ ଶୀଘ୍ର ଦାବି ପ୍ରକ୍ରିୟା କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ କରିବ
 - କମ୍ପାନୀ ଅତିରିକ୍ତ ଦସ୍ତାବିଜ / ଆବଶ୍ୟକତା ପାଇଁ କଲ୍ କରିବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିଛି
 - ଦୟାକରି ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଡିସଚାର୍ଜ ସାମଗ୍ରି / ଇନ୍ସୁର ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡର ନକଲ ଦାଖଲ କରନ୍ତୁ
- ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ କେଣ୍ଡାଲିସି ଦସ୍ତାବିଜ ଏବଂ ଦାବିଦାରଙ୍କ ବ୍ୟାଙ୍କ ପ୍ରମାଣ ଦାଖଲ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ

ପଲିସି ନଂ.:

ବିବରଣୀ	ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ସବିଶେଷ
ନାମ	ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/ମାଷ୍ଟର /ମିସ. _____
ଠିକଣା	_____ ପିନ୍ କୋଡ୍: _____
	ଟେଲିଫୋନ୍ ନଂ.: _____

ଦାବୀର ସବିଶେଷ	
ଯେଉଁ ରାଜତର ଅନ୍ତର୍ଗତ ଦାବୀ କରାଯାଉଛି	☐ CI ରାଜତର ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
ନିରୂପିତ ହୋଇଥିବା ରୋଗ	_____
ଯଦି ସିଆଇ ବା ଏଡସିବି ଅନ୍ତର୍ଗତ ଦାବୀ ହୋଇଥାଏ ତେବେ ନିମ୍ନଲିଖିତକୁ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	
ରୋଗ ନିରୂପଣ ତାରିଖ	
ଅସୁସ୍ଥତା ନିରୂପଣ କରିଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ	_____
	ଟେଲ୍ ନଂ.: _____
ବୀମାଧାରୀ ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ	_____
ଆଡମିସନ ତାରିଖ:	(ଇନଡୋର ରୋଗୀ ସଂ: _____)
ଡିସଚାର୍ଜ ତାରିଖ	
ବର୍ତ୍ତମାନର ଅସୁସ୍ଥତା ସମ୍ପର୍କିତ ଲକ୍ଷଣ	_____
ଏହି ଲକ୍ଷଣର ଅବଧି	_____
ପ୍ରଗତି	☐ ଉନ୍ନତି ☐ ଆରୋଗ୍ୟ ☐ ଉନ୍ନତି ନାହିଁ
ଏଡସିବି ଅନ୍ତର୍ଗତ ଦାବୀ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦୟାକରି ନିମ୍ନଲିଖିତକୁ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ	
ଭିନ୍ନକ୍ଷମତା ପ୍ରକାର	☐ ସ୍ଥାୟୀ ☐ ସାମୟିକ
ବୀମାଧାରୀ ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ହସ୍ପିଟାଲର ନାମ	_____
ଦାଖଲ ତାରିଖ :	(ଇନଡୋର ରୋଗୀ ସଂ: _____)
ଡିସଚାର୍ଜ ତାରିଖ	
ଭିନ୍ନକ୍ଷମତା ତାରିଖ	
ଦୁର୍ଘଟଣା ତାରିଖ	
ଦୁର୍ଘଟଣା ସ୍ଥାନ	_____
ଏଫଆଇଆର ଦାଖଲ ହୋଇଥିବା ପୋଲିସ୍ ଷ୍ଟେସନର ନାମ	_____

ଏଫଆଇଆର ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y (ଏହି ଫର୍ମରେ ଏଫଆଇଆର କରି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)
	☐ ଉନତ ☐ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଆରୋଗ୍ୟ ☐ ଅନୁନତ
ବୀମାଧାରୀ କୌଣସି ବୃତ୍ତି କରିବା କିମ୍ବା ପାରିଶ୍ରମିକ କିମ୍ବା ଲାଭ ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପରେ ନିୟୋଜିତ ହେବାରେ ସକ୍ଷମ କି?	☐ ହଁ ☐ ନା

ପୂର୍ବ ସ୍ଥାୟୀ / ବୀମା ଧାରୀଙ୍କ ସ୍ଥାୟୀ ସବିଶେଷ :				
ଅସୁସ୍ଥତା/ ଅଭ୍ୟାସର ପ୍ରକାର	ଦୟାକରି ସିଲେକ୍ଟ କରନ୍ତୁ ହଁ/ ନା		ଆବଧି (କେବେ ଠାରୁ)	ଯଦି ହଁ, ପରିମାଣ ସବିଶେଷ
ହାଇପରଟେନ୍ସନ୍	ହଁ ନା			
ଡାଇବେଟିସ୍	ହଁ ନା			
ହୃଦରୋଗ	ହଁ ନା			
କିଡନୀ ରୋଗ	ହଁ ନା			
ଲିଭର ରୋଗ	ହଁ ନା			
କ୍ୟାନସର	ହଁ ନା			
ଗତ 5 ବର୍ଷରେ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା/ସମସ୍ୟା/ ସର୍ଜରୀ/ ହସ୍ପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି	ହଁ ନା			
ଧୂମପାନ/ ମଦ୍ୟପାନ/ ତମାଖୁ/ ଡ୍ରଗ୍ସ ଅଭ୍ୟାସ (ଦୟାକରି ସିଲେକ୍ଟ କରନ୍ତୁ)	ହଁ ନା			

ପେମେଣ୍ଟ ସବିଶେଷ				
ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଖର୍ଚ୍ଚ ସବିଶେଷ ଓ ପଇଠ ପ୍ରଣାଳୀ				
ମେଡିକ୍ଲେମ୍ / ସ୍ଥାୟୀ ବୀମା ପଲିସି ଅଧୀନରେ ଗତ ପାଞ୍ଚ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ ଦାବି କରାଯାଇଥିବା ରାଶିର ବିବରଣୀ	ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନାମ	ବୀମାଧାରୀ	ଦାବୀ ଗ୍ରହଣ କରିଥିବା ପରିମାଣ	ଦାବୀ ତାରିଖ

ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସବିଶେଷ	
ନିଯୁକ୍ତି ସବିଶେଷ	
ଶେଷ ନିଯୁକ୍ତିଦାତା/ ବ୍ୟବସାୟ ନାମ	
ଠିକଣା	
କାର୍ଯ୍ୟସ୍ଥାନରେ ପଦବୀ/ ବିଜ୍ଞାନେତ୍ସ	
ଶେଷ କାର୍ଯ୍ୟ ତାରିଖ	D D M M Y Y Y Y
ବାର୍ଷିକ ଆୟ	
କାର୍ଯ୍ୟ/ ବ୍ୟବସାୟର ପ୍ରକୃତି	
ପରିବାର ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସବିଶେଷ	
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ	
ଠିକଣା ଓ ଟେଲିଫୋନ୍ ନଂ.	
କେବେ ଠାରୁ ବୀମାଧାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଠାରୁ ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ କରନ୍ତୁ	
ଅସୁସ୍ଥତାର ନାମ ଯେଉଁଥିପାଇଁ ଚିକିତ୍ସା ନିଆଯାଇଛି	

ଜୀବନବୀମାର ସବିଶେଷ / ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନିଆ ଯାଇଥିବା ମେଡିକେଲ୍ ପଲିସି						
କମ୍ପାନୀ/ ଟିପିଏ ନାମ	ପଲିସି ନଂ	ବିପଦ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ	ବୀମା ରାଶି	ଦାବୀ କରାଯାଇଛି ହଁ/ନା	ଦାବୀର ଛିଡି	ଦାବୀ ପରିମାଣ

ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ପେଆଉର୍ ବିକଳ (ଆପଣଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟରେ ପାଣ୍ଡର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ଟ୍ରାନ୍ସଫର)

1. ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟଧାରୀଙ୍କ ନାମ :

2. ବ୍ୟାଙ୍କ ନାମ : ଶାଖା ନାମ :

3. ଆକାଉଣ୍ଟ ନଂ.:

4. ଆକାଉଣ୍ଟ ପ୍ରକାର ☐ ସେଭିଂ ☐ କରେଣ୍ଟ ☐ ଏନଆରଆଇ ☐ ଏନଆରଓ

5. ଆଇଏଫଏସସି କୋଡ୍: ଏମଆଇସିଆର କୋଡ୍ :
☐ ଏହି ଫର୍ମରେ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ କ୍ୟାନସଲ୍ ଟେକ୍ ଆବଶ୍ୟକ

ଦେୟ ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ଏବଂ ଅଧୀନରେ ରହିବ । ଏହାବ୍ୟତୀତ କମ୍ପାନୀ ଇଲେକ୍ଟ୍ରୋନିକ୍ ପେମେଣ୍ଟ ପଦ୍ଧତି ବାଛିବା ସତ୍ତ୍ୱେ ସମାନ ଟେକ୍ ରେ ଡିମାଣ୍ଡ ଡ୍ରାଫ୍ଟ/ଦେୟଯୋଗ୍ୟ ଯେକୌଣସି ବିକଳ ଦେୟ ବିକଳ ବ୍ୟବହାର କରିବାର ଅଧିକାର ସଂରକ୍ଷିତ ରଖିଛି । ଯଦି ମୋ ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରେଡିଟ୍ ନ ହୁଏ କିମ୍ବା ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ / ଭୁଲ୍ ସୂଚନା କାରଣରୁ କାରବାର ରେ ବିଳମ୍ବ ହୁଏ କିମ୍ବା ଆଦୌ ପ୍ରଭାବିତ ନହୁଏ ତେବେ ମୁଁ ଏଡେଲଫ୍ରେସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡକୁ ଦାୟୀ କରିବି ନାହିଁ ।

ତାରିଖ:

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 ଦାବୀକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର/ ବୃତ୍ତାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ : _____

ମୁଁ, ଶ୍ରୀ/ ଶ୍ରୀମତୀ/ମିସ୍ _____ (ନାମ), _____ (ସମ୍ପର୍କ)
ଶ୍ରୀ/ ଶ୍ରୀମତୀ/ମିସ୍ _____ (ବୀମାଧାରୀଙ୍କ ନାମ), ଏହା ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛି ଏବଂ ନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ ମୁଁ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ପ୍ରକୃତ ଦାବିଦାର ଏବଂ ଉପରୋକ୍ତ ବୟାନଗୁଡିକ ପ୍ରତ୍ୟେକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଟେ ।

ଏହି ପଲିସି ଅଧୀନରେ କମ୍ପାନୀକୁ ଦାବିର ଆକଳନ କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ କରିବା ପାଇଁ, ମୁଁ କମ୍ପାନୀକୁ ଦସ୍ତାବିଜ / ବିବରଣୀ ସଂଗ୍ରହ କରିବାକୁ ଅଧିକାର ଦେଉଛି

- ଅତୀତ ଏବଂ ବର୍ତ୍ତମାନର ନିଯୁକ୍ତିପତ୍ର (ଗୁଡିକ) ବ୍ୟବସାୟ ସହଯୋଗୀ
- ଡାକ୍ତର/ ଡାକ୍ତରଖାନା (ସରକାରୀ/ ବେସରକାରୀ)
- କୌଣସି ଜୀବନ ଏବଂ ଅଣ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ

ଏବଂ ଏହା ଦ୍ୱାରା ଉପରୋକ୍ତ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷଙ୍କୁ କମ୍ପାନୀକୁ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ ମୋର ସମ୍ମତି ଦିଅନ୍ତୁ, ଏପରି ବିବରଣୀ / ଦସ୍ତାବିଜ ଯାହା ଦାବିର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ ସମୟରେ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇପାରେ ।

ଯଦି ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜ କମ୍ପାନୀ କୁ ଦାଖଲ କରାଯାଇ ନାହିଁ, ତେବେ ପଲିସି ଦସ୍ତାବିଜର ଅଧିକାର ଆଧାରରେ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି କାରଣରୁ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ଦାବି କାରଣରୁ କମ୍ପାନୀକୁ ହେଉଥିବା ସମସ୍ତ ଦାୟିତ୍ୱ ବିରୁଦ୍ଧରେ କ୍ଷତିପୂରଣ ଦେବାକୁ ରାଜି ହୁଅନ୍ତୁ।

ଆପଣଙ୍କର ବିଶ୍ୱସ୍ତ

ଦାବୀକାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର / ବୃତ୍ତାଙ୍କୁଷ୍ଟି ଛାପ	ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ ଓ ସ୍ୱାକ୍ଷର
	ନାମ : _____ ସ୍ୱାକ୍ଷର : _____ ଦାବୀଦାରଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ: _____
ଏସଟିଡି କୋଡ୍ ସହିତ ଟେଲିଫୋନ: _____	ଏସଟିଡି କୋଡ୍ ସହିତ ଟେଲିଫୋନ: _____
ସ୍ଥାନ: _____	ସ୍ଥାନ: _____
ତାରିଖ: _____	ତାରିଖ: _____