

## ବୀମାଯୋଗ୍ୟତା ପ୍ରମାଣପତ୍ର (ସ୍ଵାସ୍ଥ୍ୟ)

ଜୀବନବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ଵାରା ପୂରଣ କରାଯିବ

ପଲିସି ନମ୍ବର \_\_\_\_\_

ଲାଭକର୍ତ୍ତା ଏଜେଣ୍ଟ: \_\_\_\_\_

ପ୍ରାଥମିକ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ନାମ: \_\_\_\_\_

ଅନ୍ୟ ବୀମାଭୁକ୍ତ

ପତି ବା ପତ୍ନୀ: \_\_\_\_\_

ସନ୍ତାନ 1: \_\_\_\_\_

ସନ୍ତାନ 2: \_\_\_\_\_

ସନ୍ତାନ 3: \_\_\_\_\_

ଯଦି ଆପଣ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର 'ହଁ' ଦେଇଛନ୍ତି ଦୟାକରି ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ଶେଷରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ବକ୍ସରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ

ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ	ପ୍ରାଥମିକ ଜୀବନ	ପତି ବା ପତ୍ନୀ	ସନ୍ତାନ 1	ସନ୍ତାନ 2	ସନ୍ତାନ 3
1. ଠିକଣା (ବାସସ୍ଥାନ)	_____				
ଜୀବନବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ					
2. ବୃତ୍ତି					
2a. ଏହି ପଲିସିର ପ୍ରସ୍ତାବ ପର ଠାରୁ, ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବୃତ୍ତିରେ କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି କି?	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
2b. ବର୍ତ୍ତମାନଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଅସୁସ୍ଥତା ବା ଆତ୍ମାତ ଯୋଗୁଁ ଅକ୍ଷମ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା କୌଣସି ସାହାଯ୍ୟକାରୀ ସାମଗ୍ରୀ ବା ସହାୟତା ବିନା କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପାଦନ କରିବାକୁ ନିଷେଧ କରାଯାଇଛି କି ଏବଂ ବୀମା ପାଇଁ ତାଙ୍କର ପ୍ରସ୍ତାବ ସମୟରେ ସେ ଯେପରି କରୁଥିଲେ ସମାନ ଏବଂ ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ କରୁଛନ୍ତି କି?	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
2c. ଜୀବନବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ କେବେ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା, ନଷ୍ଟ କିମ୍ବା ଅକ୍ଷମତା କିମ୍ବା କୌଣସି ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାରର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଛନ୍ତି କି ଯାହା ଉପରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇନାହିଁ?	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ

<p>3. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ କୌଣସି ବିପଜ୍ଜନକ କ୍ରୀଡ଼ା କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ପର୍ବତାରୋହଣ, ମୋଟର ରେସିଂ, ଡ୍ରାଇଭିଂ, ଗ୍ଲାଇଡିଂ, ଇତ୍ୟାଦିରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଇଚ୍ଛା କରୁଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>4. ଜୀବନବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ ଏହି ପଲିସିର ପ୍ରସ୍ତାବ ତାରିଖ ପର ଠାରୁ ଛୁଟି ଦିନ ବ୍ୟତୀତ ବିଦେଶ ଯାତ୍ରା କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କିମ୍ବା ବିଦେଶରେ ବାସ କରୁଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>5. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଉଚ୍ଚତା (ସେମି). ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଓଜନ (କେଜି). ବିଗତ 2 ବର୍ଷରେ ଓଜନରେ 5 କିଗ୍ରା ଅଧିକ ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି କି?</p>	<p>_____ ସେମି _____ କେଜି</p> <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<p>_____ ସେମି _____ କେଜି</p> <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<p>_____ ସେମି _____ କେଜି</p> <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<p>_____ ସେମି _____ କେଜି</p> <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<p>_____ ସେମି _____ କେଜି</p> <input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>6. 6a. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ମଦ କିମ୍ବା ନିକୋଟିନ୍ ଚୋଷଣ କରନ୍ତି କି?</p> <p>6b. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣେ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରେସ୍କାରିଭ୍ କରାଯାଇ କେବେ କୋକେନ୍, ହିରୋଇନ୍, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ନିଶାକାରକ ଦ୍ରବ୍ୟ, ମାରିଜୁଆନା, ଏଲଏସଡି, କିମ୍ବା ଆମ୍ଫେଟାମିନ୍ ସହାୟକ କରିଛନ୍ତି କି?</p> <p>ଯଦିହଁ, ଦୟାକରି ନିଶା ଔଷଧ ବ୍ୟବହାର ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ କରନ୍ତୁ ।</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>7. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର କେହି ପିତାମାତା/ ଭାଇ/ ଭଉଣୀ ହୃଦରୋଗ, ଷ୍ଟ୍ରେକ୍, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ମଧୁମେହ, କର୍କଟ, ବୃକକ ରୋଗ କିମ୍ବା ପକ୍ଷାଘାତ କିମ୍ବା କୌଣସି ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ/ପରିବାର ସୂତ୍ରରୁ ଆସିଥିବା ରୋଗ, ପଲିସିଷ୍ଟିକୋସିସ କିମ୍ବା କୀଡନି କିମ୍ବା କୋଲନ ବା ବୃହଦାନ୍ତ ଫ୍ୟାନିଲିଆଲୁଲିପୋସିସ୍ ପ୍ରଭୃତି ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>8. ଗତ 5 ବର୍ଷରେ:</p> <p>8a. ଆପଣ ସାଧାରଣ ଥଣ୍ଡା, ଜ୍ୱର କିମ୍ବା ଇନଫ୍ଲୁଏନ୍ସା ବ୍ୟତିରେକ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତାରେ ତାରି ଦିନରୁ ଅଧିକ ଦିନ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବୃତ୍ତିଧାରୀଙ୍କ ସହିତ ପରାମର୍ଶ କରିଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ

<p>8b. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ବା ପ୍ରେମ୍ନାସି, ପିଲା ଜନ୍ମ କିମ୍ବା ରୁଚିନୈକଅପ୍ୟୁତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରୋଗ, ଅସୁସ୍ଥତା କିମ୍ବା ଆଘାତ ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ନେଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଏକ ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା କ୍ଲିନିକରେ ଜଣେ ଇନ-ପେସେଣ୍ଟ ବା ଆଡ୍ମିଟେସନ ଭାବେ ଆଡମିଟ୍‌ହୋଇଛନ୍ତି କି?</p> <p>8c. ଇସିଜି, ଏକ୍ସ-ରେ, ରକ୍ତ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ି ପାଇଁ ଦାଖଲ ହୋଇଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>9. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ କେବେ କୌଣସି ହୃଦୟ ସମସ୍ୟା, ହାଇପରଟେନସନ୍, ଡାଇବେଟିସ୍, ରେସ୍‌ପିରେଟୋରି ସମସ୍ୟା, ଟ୍ରାକୋବ୍ରୋନ୍‌କାୟିସ୍, ଡାଇଜେଷ୍ଟିଭ୍‌ସିଷ୍ଟମ୍, ରେନାଲ୍‌ସମସ୍ୟା, ଟ୍ରାୟମ୍‌ସ୍, ମାନସିକ ରୋଗ କିମ୍ବା କୌଣସି ସ୍ତ୍ରୀ ରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସମସ୍ୟା ପାଇଁ ପରୀକ୍ଷିତ କିମ୍ବା ଚିକିତ୍ସିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ
<p>10. ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଜଣକ କେବେ ଆକାଉଣ୍ଟ ଇମ୍ୟୁନୋଫିସିଏସ୍‌ସି ସିଷ୍ଟେମ୍(ଏଡ୍) ପାଇଁ କେବେ ପରାମର୍ଶ ନେଇଥିଲେ କିମ୍ବା ଏଡମିଟ୍‌ହୋଇ ଭାଇରସ୍ ଉପସ୍ଥିତି ସୂଚୀ ଥିବା ଏକ ପରୀକ୍ଷା କରିଥିଲେ କି?</p>	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ	<input type="checkbox"/> ହଁ <input type="checkbox"/> ନାଁ

**ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ**

“ଫର୍ମାଟର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିବାରେ କୌଣସି ଅସହମତି ଘଟଣାରେ, ହିନ୍ଦୀ/ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣର ମୁଦ୍ରିତ ଫର୍ମାଟ୍(ଘଟଣାଟି ଯେପରି ହୋଇପାରେ) ବଳବତ୍ତର ରହିବ ଯାହା ଆଇଆରଡିଏଆଇ (IRDAI) ସର୍କ୍ୟୁଲାର୍ ନମ୍ବର: IRDAI/ Life/ Life Council/ 2013/ 73 ତାରିଖ 29 ଏପ୍ରିଲ୍ 2014 ଅନୁଯାୟୀ ହୋଇଥାଏ”