

ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର ସଂଯୋଜନ ଫର୍ମ

ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ନାମ	:	_____
ପଲିସୀ ସଂ.	:	_____
ତାରିଖ	:	_____
ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର	:	_____
ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା	:	_____

ଯୋଗ କରିବାକୁ ଥିବା ରାଇଡର:	<input type="checkbox"/> ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର ଉପରେ ପ୍ରିମିୟମ୍ ଛାଡ଼ି	<input type="checkbox"/> ଆଇ-କ୍ରିଟିକାଲ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର
<input type="checkbox"/> ମହିଳା ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର ଗ୍ରୁପ୍ ୧*	<input type="checkbox"/> ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର	<input type="checkbox"/> ମହିଳା ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର ଗ୍ରୁପ୍ ୨*
<input type="checkbox"/> ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର	<input type="checkbox"/> ମହିଳା ଯତ୍ନ ରାଇଡର ଗ୍ରୁପ୍ ୧*	<input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟ (ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)
<input type="checkbox"/> ମହିଳା ଯତ୍ନ ରାଇଡର ଗ୍ରୁପ୍ ୨*		

*ମହିଳା ଜଟିଳ ଅସୁସ୍ଥତା ରାଇଡର- କେବଳ ଜୀବନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ମହିଳାମାନଙ୍କ ପାଇଁ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ।

- ୧) ସାମ୍ପ୍ରତିକ ବୃତ୍ତି: _____
- କ) ଆପଣଙ୍କ ପଲିସୀ ଜାରୀ ହେବା ତାରିଖଠାରୁ ଆପଣଙ୍କ ବୃତ୍ତିରେ କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____
- ଖ) ବର୍ତ୍ତମାନ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା, ରୋଗ କିମ୍ବା ଆଘାତ ଦ୍ୱାରା ଅକ୍ଷମ ହୋଇଛନ୍ତି କି, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟଥା କୌଣସି ସାହାଯ୍ୟ କିମ୍ବା ସହାୟତା ବିନା ଏବଂ ପଲିସୀ ପ୍ରସ୍ତାବ ଦାଖଲ ସମୟରେ କରୁଥିବା ଅନୁସାରେ ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିବାକୁ ପ୍ରତିରୋଧିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____
- ଗ) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଅସୁସ୍ଥତା, ରୋଗ, ଅପଙ୍ଗତା କିମ୍ବା ଅକ୍ଷମତାରେ ପୀଡ଼ିତ କି, କିମ୍ବା କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଅପୋପଚାର ହୋଇଛି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____
- ୨) ପଲିସୀ ଜାରୀ ହେବାଠାରୁ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଛୁଟିଦିନ ବ୍ୟତୀତ ଅଧିକ _____ ଦିନ ପାଇଁ ଭାରତ ବାହାରକୁ ଯାତ୍ରା କରିଥିଲେ କିମ୍ବା ରହିଥିଲେ କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____
- ୩) ଉଚ୍ଚତା: [] ସେ.ମି. ଓଜନ: [] କିଲୋ.
- ଗତ ୨ ବର୍ଷରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଓଜନ ୫ କିଲୋରୁ ଅଧିକ କିମ୍ବା କମ୍ ହୋଇଛି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____
- ୪) କ) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ଖାଆନ୍ତି କି, ଏବଂ/କିମ୍ବା ସିଗାରେଟ୍/ବିଡି ଟାଣନ୍ତି କି କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ତମାଖୁ/ନିକୋଟିନ୍ ଥିବା ଉତ୍ପାଦ ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ପରିମାଣ/ସପ୍ତାହ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ: _____
- ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ [] ଧୂମପାନ []
- ଖ) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି କେବେବି, ପଞ୍ଜିକୃତ ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପରାମର୍ଶିତ ବ୍ୟତୀତ କୋକେନ୍, ହେରୋଇନ୍ କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ନାର୍କୋଟିକ୍, ମାରିଚୁଆନା, LSD କିମ୍ବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ
- ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୫) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ମାତା-ପିତା/ଭାଇ/ଭଉଣୀମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେହି, ହୃଦୟ ରୋଗ, ହୃଦ୍‌ଘାତ, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ମଧୁମେହ, କର୍କଟ, ବୃକ୍କ ରୋଗ କିମ୍ବା କୌଣସି ପ୍ରକାରର ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ/ପାରିବାରିକ ବିଶ୍ୱଙ୍ଗଳା, ଯେପରି ହର୍ଷିଙ୍ଗଟନ୍ ରୋଗ, ପଲିସିଷ୍ଟିକ ରୋଗ କିମ୍ବା ବୃକ୍କ କିମ୍ବା କୋଲୋଇଡ୍‌ର ବଂଶଗତ ପଲିପୋସିସ୍ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ହୋଇଥିଲେ କିମ୍ବା ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଥିଲେ କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ପୀଡ଼ିତ ଅଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୬) ଗତ ୫ ବର୍ଷରେ ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି:
କ) ୪ ଦିନରୁ ଅଧିକ ଲାଗିରହିଥିବା ସାଧାରଣ ଅଣ୍ଡା, ଜ୍ୱର କିମ୍ବା ଇନ୍‌ଫ୍ଲୁଏନ୍‌ସା ବ୍ୟତୀତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା ପାଇଁ କୌଣସି ଡାକ୍ତର କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ସହ ପରାମର୍ଶ କରିଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

ଖ) କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଅସୁସ୍ଥତା, ରୋଗ କିମ୍ବା ଆଘାତ ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ନେବାକୁ କୁହାଯାଇଥିବା ସତ୍ତ୍ୱେ, ଗର୍ଭାବସ୍ଥା, ଶିଶୁ ଜନ୍ମ କିମ୍ବା ନିୟମିତ ଯାତ୍ରା ବ୍ୟତୀତ ଏକ ଡାକ୍ତରଖାନା କିମ୍ବା କ୍ଲିନିକ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିଲେ କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

ଗ) ଇସିଜି, ଏକ୍ସ-ରେ, ରକ୍ତ ପରୀକ୍ଷା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପରୀକ୍ଷା କରାଇଥିଲେ କିମ୍ବା କରାଉଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୭) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି କେବେକି କୌଣସି ପ୍ରକାରର ହୃଦୟ ସମସ୍ୟା, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ମଧୁମେହ, ଶ୍ୱାସ ସମସ୍ୟା, ଯକ୍ଷ୍ମା, ପାଚନ ବିକାର, ବୃକ୍କ ସମସ୍ୟା, ଚ୍ୟୁମ୍ବର କିମ୍ବା କୌଣସି ପ୍ରକାରର ମାନସିକ ବିକାର ପାଇଁ ପରୀକ୍ଷିତ କିମ୍ବା ଉପଚାରିତ ହୋଇଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୮) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି କେବେକି ଏତ୍‌ଆଇଭି ଭାଇରସ୍ ଉପସ୍ଥିତି ସୂଚିତ କରୁଥିବା ଆକ୍ୟୁଆର୍ଡ୍‌ ଇମ୍ୟୁନ୍‌ ଡେଫିସିଏନ୍‌ସି ସିଣ୍ଡ୍ରୋମ୍‌ ଏଭିଏ ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ଆବଶ୍ୟକ କରିଛନ୍ତି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୯) ପଲିସୀ ଜାରି ହେବା ତାରିଖଠାରୁ, ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ କିମ୍ବା ବୀମା କିମ୍ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ପଲିସୀର ପୁନଃସ୍ଥାପନ, ସ୍ଥଗିତ, ସଂଶୋଧିତ କିମ୍ବା ଏଗନ୍‌ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିଃ. କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରାଯାଇଛି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୧୦) ବୀମାଭୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ବୀମା ପାଇଁ କୌଣସି ପ୍ରସ୍ତାବ ରହିଛି କି, ଯାହା ବର୍ତ୍ତମାନ ଏଗନ୍‌ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିଃ. କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବୀମା କମ୍ପାନୀ ପାଖରେ ବିଚାରାଧୀନ ଅଛି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

୧୧) ବୀମାଭୁକ୍ତ ମହିଳାମାନଙ୍କ ପାଇଁ:
କ) ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ଗର୍ଭବତୀ କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ଅବଧି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ (ସପ୍ତାହରେ): _____

ଖ) ଆପଣ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଗର୍ଭାବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କିତ ଜଟିଳତା କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରକାରର ସ୍ତ୍ରୀ ରୋଗ ବିକାର ପାଇଁ ଉପଚାରିତ ହୋଇଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ କରାଯାଇଛି କି ? ହଁ ନାହିଁ

ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ: _____

ମୁଁ, ସୁନିଶ୍ଚିତ କରୁଛି ଯେ, ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ମୋ ଦ୍ୱାରା ଦିଆଯାଇଥିବା ଉତ୍ତର ସତ୍ୟ, ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଠିକ୍ ଅଟେ ।

ମୁଁ ରାଜି :

୧) ଏହିକି ଯେ, ଏଗନ୍ ଜୀବନ ବୀମା କମ୍ପାନୀ ଲିଡ. (“କମ୍ପାନୀ”) ଏହି ରାଜତର ପାଇଁ ପ୍ରିମିୟମ୍ ବାବଦକୁ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ଜମା କରିଥିବା କାରଣରୁ କିମ୍ବା ମୋ ଦ୍ୱାରା ଏହା ପାଇଁ ଦାଖଲ କରାଯାଇଥିବା କାରଣରୁ କୌଣସି ଦାୟିତ୍ୱ ବହନ କରିବନାହିଁ, ଯେପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ତାରିଖ ପରଠାରୁ ବୀମାଭୁକ୍ତଙ୍କର ବୀମାଯୋଗ୍ୟତାରେ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ବିନା, କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତାବ ଗ୍ରହଣ କରାନଯାଇଛି ।

ଯୋଷଣା

୨) ସମସ୍ତ ବାସ୍ତବିକ ତଥ୍ୟ, ଯାହା କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବର ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନକୁ ପ୍ରଭାବିତ କରିପାରେ, ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବରେ ପ୍ରକାଶ କରାଯାଇଛି, ଏହା ବୁଝାଯାଇଛି ଯେ, ଏହିପରି ଘଟଣାକରଣରେ ବିଫଳ ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ, କମ୍ପାନୀର ବିକଳ ଅନୁସାରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁସାରେ କରାଯାଇଥିବା ରୁକ୍ତିନାମା ଅସିଦ୍ଧ ହେବ ।

ପଲିସୀଧାରକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: _____

ତାରିଖ:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

ସ୍ଥାନ: _____

ସ୍ୱତ୍ୱପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ

“ଫର୍ମାଟର ବିଷୟବସ୍ତୁ ବୁଝାଇବାରେ କୌଣସି ଅସହମତି ହେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ, ହିନ୍ଦୀ / ଇଂରାଜୀ ସଂସ୍କରଣରେ ମୁଦ୍ରିତ ହୋଇଥିବା ଫର୍ମାଟ୍ (ପରିସ୍ଥିତି ମୁତାବକ) IRDAI ସର୍କ୍ଚୁଲାର୍ ସଂ. IRDAI/Life/Life Council/ 2013/ 73 ତାରିଖ 29 ଅପ୍ରେଲ 2014 ଅନୁସାରେ ବ୍ୟବହୃତ ହୋଇଥାଏ”