

BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE / पीठ से जुड़े विकारों के बारे में प्रश्नावली

If any of the questions are answered "YES", please provide details including dates of investigations and results
यदि किसी भी प्रश्न का उत्तर "हां" में दिया जाता है तो कृपया जांच दिनांक और परिणाम सहित विवरण प्रदान करें।

Name of Life To Be Assured: / बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का नाम: _____

Proposal No.: / प्रस्ताव संख्या: _____

Part 1: To be filled by Life To Be Assured / भाग 1: बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा भरा जाए

1. Please state the precise diagnosis, if known: / यदि पता हो तो कृपया सटीक रोग-निदान का उल्लेख करें:

2. When was this condition first diagnosed? / इस दशा का निदान पहली बार कब हुआ था?

3. Have you had any x-rays or other investigations? Yes / No
क्या आपने कोई एक्स-रे या अन्य जांचें करवाई थीं? हां/ नहीं

4. Regarding your symptoms: / आपके लक्षणों के बारे में:

a) Please describe your symptoms / कृपया अपने लक्षणों का वर्णन करें:

b) When did symptoms first occur? / लक्षण पहली बार कब प्रकट हुए थे?

c) How frequently do symptoms occur? i.e. how often in the last 12 months / लक्षण अक्सर कितनी बार प्रकट होते हैं? अर्थात् पिछले 12 महीनों में कितनी बार प्रकट हुए।

d) Are your activities restricted in any way? Yes/ No
क्या आपकी गतिविधियां किसी भी प्रकार से सीमित हुई हैं? हां /नहीं

e) Do you use a cane or other mobility aids? Yes/ No
क्या आप छड़ी या चलने-फिरने में सहायता के लिए किसी अन्य चीज का उपयोग करते हैं? हां/ नहीं

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes/ No
क्या आप इस दशा के लिए शल्यक्रिया करवा चुके हैं या शल्यक्रिया पर विचार किया जा रहा है? हां /नहीं

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken. Include details of any physiotherapy: कृपया अपने उपचार का विवरण प्रदान करें। इसमें दवाओं के नाम, खुराक और कितनी बार ली यह भी शामिल करें। किसी भी प्रकार की फिजियोथेरेपी कराने पर उसका भी विवरण शामिल करें:

a) Currently / वर्तमान में

b) In the past / पहले

7. Regarding the monitoring of your condition: / आपकी दशा की निगरानी के बारे में:

a) Who is in charge of your follow-up? / आपके फॉलोअप का प्रभारी कौन है?

b) How often do you attend for follow-up? / फॉलोअप के लिए आप कब-कब जाते हैं?

c) When was your last consultation? / आपने आखिरी बार परामर्श कब प्राप्त किया था?

8. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition? Yes/ No
क्या आपने इस दशा के कारण कार्य से अवकाश पर रहते हुए अपना महत्वपूर्ण समय (अर्थात् सप्ताह) खो दिया है? हां /नहीं

If YES, please provide details including dates and duration of time off work. / यदि हां, तो कृपया कार्य से अवकाश लेने के दिनांक और समयावधि सहित विवरण प्रदान करें।

9. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application / कृपया अपनी दशा के बारे में कोई भी ऐसी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें, जो आपके विचार से आपके आवेदन को संसाधित करने में सहायक होगी।

Declaration by the Life To Be Assured:

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application. I agree that this form will constitute part of my application for life assurance with Canara HSBC Life Insurance Company Ltd (formerly known as Canara HSBC Oriental Bank of Commerce Life Insurance Company Limited) and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा घोषणा:

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए उत्तर मेरी सर्वोत्तम जानकारी अनुसार सही हैं और मैंने ऐसी कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी नहीं छिपाई जो इस आवेदन के मूल्यांकन या स्वीकृति प्रभावित करे। मैं सहमत हूँ कि यह फॉर्म केनरा एचएसबीसी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) के साथ जीवन बीमा के मेरे आवेदन का हिस्सा होगा और ज्ञात किसी भी भौतिक तथ्य का खुलासा करने में मेरी विफलता से अनबंध अमान्य हो सकता है।

Date & Place:

दिनांक और स्थान

Signature of Life to be Assured

बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर

Part 2: To be filled by Attending Physician: / भाग 2: इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा भरा जाए:

1. How has the condition been treated; is future surgery planned? / दशा का उपचार किस प्रकार किया गया; क्या भविष्य में शल्यक्रिया की योजना है?

2. Please give details of current symptoms / कृपया वर्तमान लक्षणों का विवरण प्रदान करें

3. Have there been any episodes of associated anxiety or depression? If so, please give details
क्या अवसाद की जुड़ी हुई चिंता का कोई मामला सामने आया है? यदि ऐसा है, तो कृपया विवरण प्रदान करें।

4. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. occupation, etc so, please give details.
क्या आप रोगी की दशा की किन्हीं जटिल विशेषताओं से अवगत हैं? अर्थात् पेशा, आदि, कृपया विवरण प्रदान करें

I certify that the proposer/ Life To Be Assured has put her/ his signature in my presence and I am satisfied with his/her identity. / मैं इस बात को प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तावक/जिसके जीवन का बीमा किया जाना है उसने मेरी उपस्थिति में अपने हस्ताक्षर किए हैं और मैं उसकी पहचान से संतुष्ट हूँ

Declaration, if this form is signed in Vernacular/Thumb Impression:

I, _____ son / daughter of _____, an adult residing at _____ hereby declare that the contents of this form have been duly explained to me in _____ language and have been understood by me.

(Signature of the customer) _____ Date _____ Contact No. _____

घोषणा, यदि यह फॉर्म मातृभाषा में साइन किया गया हो अंगूठे का निशान:

मैं, _____, का पुत्र/की पुत्री, _____ की निवासी एक वयस्क एतद द्वारा यहां घोषित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र की सामग्री को मुझे पूरी तरह से _____ भाषा में समझाया गया है और मैंने समझ लिया है।

(ग्राहक के हस्ताक्षर) _____ दिनांक _____ संपर्क नं. _____

Instruction & Disclaimer / निर्देश और अस्वीकरण:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / कृपया विवरण केवल हिन्दी/अंग्रेज़ी में भरें।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail. / विषय-वस्तु की व्याख्या में कोई असहमति होने पर अंग्रेज़ी संस्करण मान्य होगा।

Canara HSBC Life Insurance Company Limited (IRDAI Regn. No. 136)