

## GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE

### संवृद्धि (ग्रोथ), सिस्ट, गांठ और ट्यूमर संबंधी प्रश्नावली

(To be filled by the Life To Be Assured) / (बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)

Name of Life To Be Assured: बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_

Proposal No.: प्रस्ताव संख्या: \_\_\_\_\_

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered? / संवृद्धि (ग्रोथ), सिस्ट, गांठ या ट्यूमर का पता पहली बार कब लगा था?

\_\_\_\_\_

2. Please state the location in the body / कृपया शरीर में उसके स्थान का उल्लेख करें

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

4. Has the growth been removed?

क्या संवृद्धि (ग्रोथ) को निकाल दिया गया है?

Yes/ No

हां / नहीं

5. Is treatment or surgery being proposed?

क्या उपचार या शल्यक्रिया प्रस्तावित है?

Yes/ No

हां / नहीं

I. If no, please provide details of investigations that have been carried out. Include date(s) and results of tests.

यदि नहीं, तो कृपया की गई जांचों का विवरण प्रदान करें। इसमें परीक्षणों के दिनांक और परिणाम शामिल करें।

\_\_\_\_\_

II. If yes, please provide medical reports with: / यदि हां, तो निम्न के साथ चिकित्सा रिपोर्ट प्रदान करें:

a. Date of removal/ निकालने का दिनांक

\_\_\_\_\_

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc

निकालने की विधि, उदाहरण के लिए लोकल एनस्थेटिक, क्रायोसर्जरी, सामान्य एनस्थेटिक देकर ऑपरेशन आदि।

\_\_\_\_\_

c. Name of surgeon, general practitioner, consultant, hospital or clinic. / सर्जन, जनरल प्रैक्टिशनर, कंसल्टेंट, अस्पताल या क्लीनिक का नाम।

\_\_\_\_\_

d. What treatment have you had following removal? e.g. tablets, radiotherapy, chemotherapy, etc

निकालने के बाद आपने कौन सा उपचार प्राप्त किया? अर्थात् गोलियां, रेडियोथेरेपी, कीमोथेरेपी आदि

\_\_\_\_\_

6. Is any follow up being done currently?

क्या वर्तमान समय में कोई फॉलो-अप चल रहा है?

Yes/ No

हां / नहीं

If yes, please state how often/यदि हां, तो कृपया बताएं कि कितनी बार जाना पड़ता है?

\_\_\_\_\_

If no, when were you discharged from follow-up? /यदि नहीं, तो आपको फॉलोअप से छुटी कब मिली?

\_\_\_\_\_

7. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition?

क्या आपने इस दशा के कारण कार्य से अवकाश पर रहते हुए अपना महत्वपूर्ण समय (अर्थात् सप्ताह) खो दिया है?

Yes/ No

हां / नहीं

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. 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 Limited (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 &amp; Place: /

दिनांक और स्थान:

Signature of Life to be Assured

बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर

**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 अँगूठे का निशान:**

मैं, \_\_\_\_\_, का पुत्र/की पुत्री, \_\_\_\_\_ की निवासी एक वयस्क एतद् 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।