

## GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT

### स्त्रीरोग संबंधी विकार प्रश्नावली - आवेदक

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.) /

(असामान्य सर्वाइकल स्मेर, गर्भाशयोच्छेदन, मासिक धर्म से जुड़ी समस्याएं, आदि)

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

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

1. Please state the precise diagnosis if known / अगर पता हो तो कृपया स्टीक रोग-निदान का उल्लेख करें।  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

c) How frequently do symptoms occur? e.g. how often in the last 12 months

लक्षण अक्सर कितनी बार प्रकट होते हैं? अर्थात् पिछले 12 महीनों में कितनी बार प्रकट हुए.

\_\_\_\_\_

d) When was the last occurrence of symptoms? / लक्षण आखिरी बार कब उत्पन्न हुए थे?

\_\_\_\_\_

3. Have you undergone any test or investigations for this condition?  
क्या आपने इस दशा के लिए कोई परीक्षण या जांच करवाई है?

Yes/ No  
हां / नहीं

\_\_\_\_\_

If yes, please provide details including date of investigations and results with copy of medical reports

यदि हां, तो कृपया चिकित्सा रिपोर्ट की प्रति के साथ जांच के दिनांक और परिणाम का विवरण प्रदान करें

\_\_\_\_\_

4. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?  
क्या इस दशा के लिए आप शल्यक्रिया करवा चुके हैं या शल्य-क्रिया पर विचार किया जा रहा है?

Yes/ No  
हां/ नहीं

\_\_\_\_\_

If yes, please provide date(s) and full details with medical reports including name of the surgery, names of hospital and consultant/surgeon./  
यदि हां, तो कृपया सर्जरी के नाम, अस्पताल के नाम और कंसल्टेंट/सर्जन के नाम सहित दिनांक और चिकित्सा रिपोर्ट का पूर्ण विवरण प्रदान करें।

\_\_\_\_\_

5. Have you experienced any symptoms following surgery?  
क्या सर्जरी के बाद आपने किन्हीं लक्षणों को महसूस किया था?  
If yes, please provide details/ अगर हां तो कृपया विवरण प्रदान करें

\_\_\_\_\_

Yes/ No  
हां/ नहीं

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken:  
कृपया अपने उपचार का विवरण प्रदान करें। इसमें दवाओं के नाम, खराक और कितनी बार ली यह भी शामिल करें।

\_\_\_\_\_

Currently / वर्तमान में:

\_\_\_\_\_

In the past/ पहले:

\_\_\_\_\_

7. Are you currently on follow up?  
क्या आप वर्तमान समय में फॉलो-अप पर हैं?

Yes/ No  
हां / नहीं

If yes, please state how often. अगर हां तो कृपया बताएं कि कब-कब।

\_\_\_\_\_

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

8. Have you lost significant time (e.g. 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 हाँ, तो कृपया कार्य से अवकाश के दिनांक और समयावधि का विवरण प्रदान करें।

9. Please provide any additional information on your condition that you feel will be helpful in processing your application.  
कृपया अपनी दशा के बारे में कोई ऐसी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें, जो आपके विचार से आपके आवेदन को संसाधित करने में सहायता 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 व्यक्तिदाता घोषणा:**

मैं घोषणा करता/करती हूं 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 हूं कि यह फॉर्म केनरा एच एस बी सी लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले केनरा एच एस बी सी 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

Name and Signature of Declarant  
घोषक का नाम और 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 हूं 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।