

## KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE / गुर्दा और मूत्र-संबंधी विकार 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. Please state the precise diagnosis, if known / अगर 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 an IVP, cystoscopy or other investigations? Yes/ No  
क्या आपने आईवीपी, सिस्टोस्कोपी या अन्य जांचें करवाई थीं? हां / नहीं  
If yes, please provide details including dates of investigations and results with medical reports / यदि हां, तो कृपया चिकित्सा रिपोर्ट के साथ जांच के दिनांक और परिणाम का विवरण प्रदान करें  
\_\_\_\_\_
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) When was the last occurrence of symptoms? / लक्षण आखिरी बार कब उत्पन्न हुए थे?  
\_\_\_\_\_
5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes/ No  
क्या इस दशा के लिए आप शल्यक्रिया करवा चुके हैं या शल्य-क्रिया पर विचार किया जा रहा है? हां/ नहीं  
If yes, please provide date(s) and full details including names of hospital and consultant/surgeon. / यदि हां, तो कृपया अस्पताल के नाम और कंसल्टेंट/सर्जन के नाम सहित दिनांक और पूर्ण विवरण प्रदान करें।  
\_\_\_\_\_
6. Have you experienced any symptoms following surgery? Yes/ No  
क्या सर्जरी के बाद आपने किन्हीं लक्षणों को महसूस किया था? हां/ नहीं  
If yes, please provide details / अगर हां, तो कृपया विवरण प्रदान करें  
\_\_\_\_\_
7. 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, खुराक और कितनी बार ली यह भी शामिल करें।  
  - a) Currently / वर्तमान में: \_\_\_\_\_
  - b) In the past / पहले \_\_\_\_\_
8. Regarding the monitoring of your condition / आपकी दशा की निगरानी के बारे में:  
  - a) Who is in charge of your follow-up? / आपके फॉलो-अप 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? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known  
आपने आखिरी बार परामर्श कब प्राप्त किया था? अगर पता हो तो कृपया उस समय की अपने रक्तचाप की रीडिंग प्रदान करें  
\_\_\_\_\_

9. 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 हाँ, तो कृपया कार्य से अवकाश लेने के दिनांक और समयावधि का विवरण प्रदान करें।

10. 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 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 & 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।