

## RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/ श्वसन संबंधी विकार प्रश्नावली

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (अस्थमा, ब्रॉन्काइटिस, एंफाइसिमा आदि)

Name of Life To Be Assured/ जिसके जीवन का बीमा किया जाना है उसका नाम: \_\_\_\_\_

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

**Part 1 – To be filled by the Life To Be Assured or Proposer if Life To Be Assured is a minor.**

**भाग 1 - बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा भरा जाए या यदि बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति अवयस्क है तो प्रस्तावक द्वारा भरा जाए।**

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

\_\_\_\_\_

2. When was this condition first diagnosed? (Please give exact age/year of onset)

इस अवस्था के बारे में पहले-पहल कब पता चला था? (कृपया शुरुआत की सटीक उम्र/वर्ष बतायें)

\_\_\_\_\_

3. Have you had any X-rays, PFT or other investigations for this condition?

क्या आपने इस दशा के लिए कोई एक्सरे, पीएफटी या अन्य जांचें करवाई हैं?

Yes/ No

हां / नहीं

If yes, please provide details including dates of investigations and results with medical reports/

अगर हां तो कृपया जांचों की तारीखों और चिकित्सा रिपोर्टों के साथ परिणामों का विवरण मुहैया करायें

\_\_\_\_\_

4. Have you been admitted to hospital for this condition?

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card/ क्या इस अवस्था के लिए आप अस्पताल में भर्ती हुए हैं?

Yes / No

हां / नहीं

अगर हां तो इलाज करने वाले डॉक्टर की रिपोर्ट/अस्पताल का डिस्चार्ज कार्ड संलग्न करें।

\_\_\_\_\_

5. Regarding your symptoms/ आपके लक्षणों की बाबत

\_\_\_\_\_

a) Please describe your symptoms/ कृपया अपने लक्षणों को वर्णित करें

\_\_\_\_\_

b) How frequently do symptoms occur? E.g. how many attacks on an average do you have in a year?

लक्षण कब-कब प्रकट होते हैं? उदाहरण के लिए साल भर में औसतन आप कितनी बार चपेट में आते हैं?

\_\_\_\_\_

6. Do your symptoms wake you at night? Yes No/ क्या लक्षणों के चलते आप रात को उठने को बाध्य होते हैं? हां नहीं

If yes, how often (per month)/ अगर हां तो कब-कब (प्रति माह)?

\_\_\_\_\_

7. Are your attacks seasonal?

क्या आपके आघात मौसमी होते हैं?

Yes / No

हां / नहीं

If yes, give number of attacks per season/ अगर हां तो प्रति मौसम दौरों की संख्या बताएं:

\_\_\_\_\_

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc

क्या आप उभारने वाले किसी विशिष्ट कारण से अवगत हैं जिनकी वजह से लक्षण उत्पन्न होते हैं?

Yes / No

उदाहरण के लिए तनाव आदि

हां / नहीं

If yes, please provide details/ अगर हां, तो कृपया विवरण प्रदान करें

\_\_\_\_\_

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last/ लक्षण आखिरी बार कब उत्पन्न हुए थे और लक्षण प्रायः

कितने समय तक बने रहते हैं?

\_\_\_\_\_

10. How many days (total) during last two years you been away from work due to this condition.

पिछले दो वर्षों के दौरान आप इस अवस्था के चलते आप कितने दिन (कुल) काम से दूर रहे?

---

11. Please provide details of your treatment, include name of medication (e.g. Asthalin, Bricanyl, Vent, Deriphyline etc), dosage and how often taken. Include details of tablets, injections and inhalers.

कृपया अपने उपचार का विवरण प्रदान करें, जिसमें दवाओं के नाम (उदाहरण के लिए, आस्थालिन, ब्रिकानिल, वेंट, डेरिफाइलिन आदि), खुराक और कितनी बार ली यह भी शामिल करें। टैबलेट, इंजेक्शन और इनहेलर का विवरण भी शामिल करें।

a) Currently/ वर्तमान समय में:

---

b) In the past/ विगत में

---

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc.

Yes /No

क्या आपने कभी स्टीरायड्स लिये हैं? उदाहरण के लिए बेक्लोमेथासोन, प्रेडनिसोलोन आदि

हां /नहीं

If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc

अगर हां तो कृपया अवधि और उपचार के प्रकार जैसे कि इलहेलर, गोलिएं आदि समेत पूर्ण विवरण मुहैया करायें।

---

13. 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/ आपने आखिरी बार परामर्श कब प्राप्त किया था?

---

14. Do you smoke \* cigarettes / beedis / cigar / pipes?

Yes/ No

क्या आप धूम्रपान \* सिगरेट/ बीड़ी/ सिगार/ पाइप पीते हैं?

हां /नहीं

\*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many/\_\_\_\_\_ per day, since last \_\_\_\_\_ years.

(जो लागू न हो उसे हटा दें) अगर हां तो कितना? \_\_\_\_\_ प्रति दिन, पिछले \_\_\_\_\_ वर्षों से।

15. Please provide any additional information on your condition, which you feel, will be helpful in processing your application

कृपया अपनी दशा पर ऐसी कोई अतिरिक्त जानकारी मुहैया कराएं, जो कि आपकी समझ में आपके आवेदन को संसाधित करने में मददगार 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.

**उस व्यक्ति के द्वारा घोषणा जिसका जीवन बीमा किया जाना है:**

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

जिसके जीवन का बीमा किया जाना है उसका हस्ताक्षर:

**PART 2 – To be filled by the Attending Physician of the Life To Be Assured/****भाग 2 - बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का उपचार कर रहे चिकित्सक द्वारा भरा जाए**

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis/ कृपया निदान और निदान की तारीख बतायें

---

2. Please provide details of the frequency of attacks and the date of the last attack

कृपया आघातों की बारंबारता का विवरण और पिछले आघात की तारीख मुहैया कराएं

---

3. Would you describe the patient's condition as mild, moderate or severe? MILD/ MODERATE/SEVERE

क्या आप रोगी की दशा को हल्की, मध्यम दर्जे की या तीव्र के रूप में वर्णित करेंगे? हल्की /मध्यम /तीव्र

4. Is there any limitation of functional capacity including ability to work? If so please give details including dates and duration of any time off work

क्या काम करने की योग्यता समेत प्रकार्यात्मक क्षमता की कोई सीमा है? अगर ऐसा है तो कृपया काम पर से नदारद रहने की तारीखों और अवधि समेत विवरण मुहैया कराएं।

---

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc/

कृपया किन्हीं जांचों जैसे कि फेफड़े का कार्य परीक्षण, छाती का एक्स-रे आदि की तारीख और परिणाम प्रदान करें।

---

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy/ कृपया उपचार, खासकर किसी स्टीरॉयड उपचार का ब्यौरा प्रदान करें।

---

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking occupation, etc so, please give details

क्या आप रोगी की दशा की किन्हीं जटिल विशेषताओं से अवगत हैं? अर्थात् सिगरेट पीना 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 हाजिरी में अपने हस्ताक्षर किये 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 अँगूठे का निशान:**

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