

BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE/ পিঠের ব্যাথার রোগ সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী

If any of the questions are answered "YES", please provide details including dates of investigations and results
যদি কোনো প্রশ্নের উত্তর "হ্যাঁ" বলা হয়ে থাকে, তাহলে তার পরীক্ষা ও ফলাফল সহ তার বিশদ বিবরণ জানান

Name of Life To Be Assured:/ যার নামে বীমা করা হবে তাঁর নাম: _____

Proposal No.:/ প্রোপোজাল নং. : _____

Part 1: To be filled by Life To Be Assured/ যার নামে বীমা করা হবে তাঁকে পূরণ করতে হবে

1. Please state the precise diagnosis, if known:/ অনুগ্রহ করে কি রোগ ধরা পরেছে তা জানান, যদি জানা থাকে:

2. When was this condition first diagnosed? / কখন প্রথম এই অবস্থা ধরা পরে?

3. Have you had any x-rays or other investigations?

Yes/No

এই অবস্থার জন্য আপনি কি কোনো এক্স-রে, অথবা অন্য কোনো পরীক্ষা করিয়েছেন?

হ্যাঁ/না

4. Regarding your symptoms:/ আপনার উপসর্গ সম্পর্কিত:

a) Please describe your symptoms / অনুগ্রহ করে আপনার উপসর্গ বর্ণনা করুন

b) When did symptoms first occur? / কখন প্রথমবার এই উপসর্গ দেখা দিয়েছিল?

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

কত ঘন ঘন এই উপসর্গ দেখা দেয়? যেমন গত 12 মাসে কতবার?

d) Are your activities restricted in any way?

Yes/No

এর ফলে কি আপনি কোনো রকম ভাবে কাজ করতে পারেন না?

হ্যাঁ/না

e) Do you use a cane or other mobility aids?

Yes/No

আপনি হাঁটা চলার জন্য বেতের ছড়ি বা অন্য কিছু ব্যবহার করেন?

হ্যাঁ/না

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

Yes/No

আপনি এই অবস্থার জন্য অস্ত্রোপচার করিয়েছেন অথবা অস্ত্রোপচার করতে বলা হচ্ছে?

হ্যাঁ/না

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken. Include details of any physiotherapy:

এরং এর মধ্যে ওষুধ, ডোজ এবং কত ঘন ঘন নেন তা জুড়ে দেবেন: কোনো ফিজিওথেরাপি করানো হয়ে থাকলে তার বিশদ বিবরণ:

a) Currently / বর্তমানে

b) In the past/ পূর্বে

7. Regarding the monitoring of your condition:/ আপনার অবস্থা নিরীক্ষা করা সংক্রান্ত:

a) Who is in charge of your follow-up?/আপনার ফলো-আপ এর দায়িত্ব কার?

b) How often do you attend for follow-up?

ফলো-আপের জন্য কত ঘন ঘন আপনাকে ডাক্তারের কাছে যেতে হতো?

c) When was your last consultation?/আপনার শেষ স্বাস্থ্য পরামর্শক কে ছিলেন?

8. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition? Yes/No
আপনাকে কি এই অসুস্থতার কারণে অনেকটা সময় (সপ্তাহ) বাড়ীতে কাটাতে হয়েছিল? হ্যাঁ/না

If YES, please provide details including dates and duration of time off work.
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে কাজে যাননি এমন দিনের তারিখ ও সময়ের বিশদ বিবরণ দিন।

9. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application
আপনার আবেদন প্রক্রিয়া করার ক্ষেত্রে সাহায্যকারী হবে এমন কোনো অনুগ্রহ করে আপনার অবস্থা সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করুন।

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 Oriental Bank Of Commerce Life Insurance Company Ltd and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

যে ব্যক্তির বীমা হবে তার দ্বারা ঘোষণা:

আমি ঘোষণা করছি যে আমি এখানে যে তথ্য দিয়েছি তা আমার জ্ঞাতসারে এবং সত্য এবং এই আবেদনের মূল্যায়ন বা গ্রহণ প্রভাবিত হতে পারে কোনো তথ্য আমি দিতে অসম্মত হইনি। এই ফর্মটি কানারা এইচএসবিসি ওরিয়েন্টাল ব্যাঙ্ক অফ কমার্স লাইভ ইনসুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড -এর সঙ্গে আমার জীবন বীমার অংশ হিসেবে গণ্য হবে এবং আমার জানা কোনো তথ্য এই ফর্মে উপস্থিত না থাকলে সেক্ষেত্রে চুক্তি অবৈধ বলে গণ্য হতে পারে।

Date & Place:
তারিখ ও স্থান:

Signature of Life to be Assured
যার নামে বীমা করা হবে তাঁর স্বাক্ষর

Part 2: To be filled by Attending Physician/ যে ডাক্তার দেখছেন তাকে পূরণ করতে হবে

1. How has the condition been treated; is future surgery planned?
কিভাবে অবস্থার চিকিৎসা চলছে; ভবিষ্যতে অপ্ৰোপচারের কোনো পরিকল্পনা আছে কি?

2. Please give details of current symptoms/ অনুগ্রহ করে বর্তমান উপসর্গের বিশদ বিবরণ জানান

3. Have there been any episodes of associated anxiety of depression? If so, please give details
বিশ্রান্ততা উদ্বেগের মতো কোনো সমস্যা হয়েছিল? হয়ে থাকলে, অনুগ্রহ করে তার বিশদ বিবরণ দিন

4. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. occupation, etc so, please give details.
আপনি কি রোগীর অবস্থার কোনো জটিলতা সম্পর্কে অবহিত? পেশা ইত্যাদি, জানলে অনুগ্রহ করে তার বিশদ বিবরণ দিন।

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.
আমি প্রত্যায়িত করছি যে প্রস্তাবকারী/যাঁর জীবন বীমা করা হবে তিনি আমার উপস্থিতিতে স্বাক্ষর করেছেন এবং আমি ওনার পরিচয় সম্পর্কে অবহিত।

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.** _____

ঘোষণা, এই ফর্মটি যদি মাতৃভাষায়/বুড়ো আঙ্গুলেৰ ছাপ দ্বাৰা স্বাক্ষৰ কৰা থাকে:

আমি, _____ এর পুত্র/কন্যা, _____

এৰ একজন প্ৰাপ্তবয়স্ক নিবাসী আমি এতদ্বাৰা ঘোষণা কৰিছি যে এই ফৰ্মটিৰ বিষয়বস্তু _____ ভাষাতে আমাকে সম্পূৰ্ণৰূপে বোঝানে হয়েছে এবং আমি এটি বুঝতে পৰেছি।

(গ্ৰাহকেৰ স্বাক্ষৰ) _____ **তাৰিখ** _____ **ফোন নম্বৰ.** _____

Instruction & Disclaimer:

নিৰ্দেশনা ও দাবী পৰিত্যাগ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
অনুগ্রহ কৰে সমস্ত কিছু হিন্দী/ইংৰাজীতে পূৰ্ণ কৰুন।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
কোনো সামগ্ৰীৰ অসম্মতিৰ ক্ষেত্ৰে ইংৰাজী সংস্কৰণটিকেই বিবেচনা কৰা হবে।