

DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE

হজমের ব্যাধির প্রশ্নাবলী

(To be filled by the Life To Be Assured)
(যে ব্যক্তির বীমা হবে তাকে পূরণ করতে হবে)

For questions answered as “YES”, please provide complete details with medical reports.
যে সমস্ত উত্তর “হ্যাঁ” বলবেন, অনুগ্রহ করে তার জন্য মেডিক্যাল রিপোর্টগুলি সহ সম্পূর্ণ বিশদে জানান।

Name of Life To Be Assured:/ যার নামে বীমা করা হবে তাঁর নাম: _____
Proposal No.:/ প্রোপোজাল নং.: _____

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 a barium meal or any other investigations? Yes / No
আপনি কি বেরিয়াম খাবার অন্যান্য পরীক্ষা করিয়েছেন? হ্যাঁ / না

If yes, please provide details, including dates of investigations and results.
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে তারিখ ও সময়ের বিশদ বিবরণ দিন।

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 প্রথম এই উপসর্গ দেখা দিয়েছিল?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months/ কত ঘন ঘন এই উপসর্গ দেখা দেয়? যেমন গত 12 মাসে কতবার

d) When was the last occurrence of symptoms?/ শেষবার কখন এই উপসর্গ দেখা দেয়?

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. Have you experienced any problems or complications following surgery? Yes /No
সার্জারির পর আপনার কি কোনো জটিলতা দেখা দিয়েছে? হ্যাঁ/না

If yes, please provide details./যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ দিন।

7. Have you been discharged from follow-up? Yes /No
আপনি ফলো-আপ থেকে ডিসচার্জ হয়ে গেছেন? হ্যাঁ/না
If yes, please state when./ হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে কখন তা বলুন।

8. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken.
অনুগ্রহ করে চিকিৎসার বিশদ বিবরণ দিন। এরং এর মধ্যে ওষুধ, ডোজ এবং কত ঘন ঘন লেন তা জুড়ে দেবেন:
a) Currently/ বর্তমানে

b) In the past/পূর্বে

9. Regarding the monitoring of your condition:/ আপনার অবস্থার 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 হয়?

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

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition? Yes/ No
আপনাকে কি এই অসুস্থতার কারণে অনেকটা সময় (সপ্তাহ) বাড়ীতে কাটিয়েছেন? 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।

11. 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:

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 আঙ্গুলের ছাপ দ্বারা স্বাক্ষর করা থাকে:

আমি , _____ এর পুত্র/কন্যা, _____ এর একজন প্রাপ্তবয়স্ক নিবাসী
আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই ফর্মটির বিষয়বস্তু _____ ভাষাতে আমাকে সম্পূর্ণরূপে বোঝানো হয়েছে এবং আমি এটি বুঝতে পেরেছি।

(গ্রাহকের স্বাক্ষর) _____ তারিখ _____ ফোন নম্বর _____

Instruction & Disclaimer: /নির্দেশনা ও দাবী পরিত্যাগ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. /অনুগ্রহ করে সমস্ত কিছু হিন্দী/ইংরেজীতে পূরণ করুন।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
কোনো সামগ্রীর অসম্মতির ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটিকেই বিবেচনা করা হবে।