

EPILEPSY QUESTIONNAIRE / মৃগীরোগের প্রশ্নাবলী

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

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

Proposal No./প্রাপোজাল নং.: _____

1. When your epilepsy was first diagnosed?/ কখন আপনার প্রথম মৃগীরোগ ধরা পড়ে? _____

2. Has it been described as any particular type, e.g. grand mal, absence seizures, etc.? Yes/No
সেটি কি কোনো নির্দিষ্ট ধরনের যেমন গ্র্যান্ড মাল, অ্যাবসেন্স সিজার ইত্যাদি? হ্যাঁ/না

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

3. Have you undergone any investigations, such as EEG, CT or MRI scan? Yes/No
আপনার কি EEG, CT বা MRI স্ক্যান করানো হয়েছে? হ্যাঁ/না

If yes, please provide details including dates of investigations and results.

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে পরীক্ষার তারিখ ও ফলাফলের বিশদ বিবরণ দিন।

4. Regarding the nature and frequency of your attacks:/ আপনার শারীরিক সমস্যার প্রকৃতি ও পুনরাবৃত্তির হার সংক্রান্ত:

a) Please describe the nature of your attacks including if any loss of consciousness.

অনুগ্রহ করে আপনার শারীরিক সমস্যার বিবরণ দিন এবং এর জন্য অজ্ঞান হয়ে থাকলে তারও বর্ণনা দিন।

b) Are you aware of any specific provoking cause for your attack? Yes/No
আপনি কি এমন কোনো সমস্যা সম্পর্কে অবগত যার কারণে আপনার উপসর্গ বেড়ে যায়? হ্যাঁ/না

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

c) How long does each attack usually last?/এইসব সমস্যা কতদিন ধরে চলে?

d) How many attacks, fits or seizures have you had in the last 12 months?

গত 12 মাসে আপনার কতবার সমস্যা হয়েছে, আপনি ফিট হয়েছেন, আক্রান্ত হয়েছেন?

e) When was your last attack?/ শেষবার কখন আপনার এই সমস্যা হয়েছিল?

f) Have you ever required hospitalisation as a result of an epileptic attack? Yes/No
মৃগীরোগের কারণে আপনাকে কখনও কি হাসপাতালে ভর্তি হতে হয়েছে? হ্যাঁ/না

If yes, please provide details / হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ দিন

5. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Dilantin, Tegretol, etc.), dosage and how often taken:

অনুগ্রহ করে চিকিৎসার বিশদ বিবরণ দিন। এবং এর মধ্যে ওষুধ, (উদা: ডিলানটিন, টেগ্রেটল) তা জুড়ে দেবেন:

a) Currently./বর্তমানে

b) If this has been changed in the last two years, please describe in what way and why.

যদি এটি গত দুই বছরে পরিবর্তিত হয়ে থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে বিশদে জানান কিভাবে ও কি করে তা হয়েছে।

6. 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?

7. Please provide details, including dates and duration, of any time off work due to your epilepsy.

মৃগীরোগের কারণে আপনাকে কাজ করতে হয়নি এমন কোনো উদাহরণ থাকলে অনুগ্রহ করে তারিখ ও সময়সীমা সহ বিশদে জানান।

8. Are you prevented from holding a driving license or are your activities restricted in any other way due to epilepsy? Yes/No

মৃগীরোগের কারণে কি আপনি লাইসেন্স পান নি অথবা আপনি অন্য কোনো সুবিধা থেকে বঞ্চিত?

হ্যাঁ/ না

If yes, please provide details./হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে তার বিশদ বিবরণ দিন।

9. Does your occupation involve any work at heights, handling or working with heavy machinery or any other aspect which may increase the risk should you have an attack whilst at work? Yes/No

আপনাকে কর্মক্ষেত্রে কি অনেক উঁচুতে উঠে কাজ করতে হয় অথবা ভারী মেশিন সামলাতে বা নিয়ে করতে হয় অথবা এমন কোনো কাজ যার ফলে মৃগীরোগের সম্ভাবনা বেড়ে যায়?

হ্যাঁ/ না

If yes, please provide details. / হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে তার বিশদ বিবরণ দিন।

10. 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 বোঝালে 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।