

## GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT

### স্ত্রীরোগঘটিত প্রস্রাবনী - আবেদনকারী

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.)  
এর মধ্যে রয়েছে অ্যাবনর্মােল সার্ভিক্যাল স্মিয়ার, মাসিক সমস্যা ইত্যাদি। )

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. Regarding your symptoms:/ আপনার উপসর্গ সম্পর্কিত:
  - a) When did symptoms first occur? / কখন প্রথমবার এই উপসর্গ দেখা দিয়েছিল?  
\_\_\_\_\_
  - b) Please describe your symptoms./ অনুগ্রহ করে আপনার উপসর্গ বর্ণনা করুন।  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - c) How frequently do symptoms occur? e.g. 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?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Have you undergone any test or investigations for this condition? Yes / No  
এই অবস্থার জন্য আপনি কি কোনো পরীক্ষা করিয়েছেন? হ্যাঁ / না  
  
If yes, please provide details including date of investigations and results with copy of medical reports  
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে পরীক্ষার তারিখ ও মেডিক্যাল রিপোর্টের প্রতিলিপি সহ বিশদ বিবরণ প্রদান করুন  
\_\_\_\_\_
4. 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  
  
If yes, please provide date(s) and full details with medical reports including name of the surgery, names of hospital and consultant/surgeon.  
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে সার্জারির নাম হাসপাতাল এবং পরামর্শক/সার্জনের নাম সহ মেডিক্যাল রিপোর্টের সম্পূর্ণ বিশদ বিবরণ দিন।  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Have you experienced any symptoms following surgery? Yes No If yes, please provide details  
সার্জারির পর আপনার কি কোনো উপসর্গ দেখা দিয়েছে? হ্যাঁ না, হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ দিন  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. 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 নেন তা জুড়ে দেবেন:  
  
Currently: / বর্তমানে:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
In the past: / পূর্বে:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Are you currently on follow up?/আপনি কি বর্তমানে পরবর্তী চিকিৎসা করছেন? Yes/হ্যাঁ No /না  
  
If yes, please state how often./ হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে জানান কত ঘন ঘন  
\_\_\_\_\_  
  
If no, when were you discharged from follow-up?/ না হলে, কখন আপনি পরবর্তী চিকিৎসা থেকে অব্যাহতি নিয়েছেন?  
\_\_\_\_\_

8. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition?

Yes/হ্যাঁ No/না

আপনাকে কি এই অসুস্থতার কারণে অনেকটা সময় (সপ্তাহ) বাড়ীতে কাটিয়েছেন?

If yes, please provide details including dates and duration of time off work

যদি সেইরকম কিছু থাকে তাহলে কাজে যাননি এমন দিনের তারিখ ও সময়ের বিশদ বিবরণ দিন।

9. Please provide any additional information on your condition that 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।