

**RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE**  
**ৰেসপিরেটরি ডিজঅৰ্ডাৰ (শ্বাসপ্ৰশ্বাসের সমস্যা জনিত ব্যাধি)-এর প্রশ্নাবলী**

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (হাঁপানি, ব্রংকাইটিস, এমফিসেমা, ইত্যাদি)

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

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

**পাৰ্ট ১ - যার নামে বীমা করা হবে তাঁকে পূরণ করতে হবে অথবা সে নাবালক হলে প্রস্তাবকারীকে সেই ফর্ম 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? (Please give exact age/year of onset)

কখন প্রথম এই অবস্থা ধরা পরে? (অনুগ্রহ করে তার তারিখ/বছর লিখুন)

\_\_\_\_\_

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

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

Yes/No

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

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে পরীক্ষার তারিখ ও মেডিক্যাল রিপোর্ট সহ বিশদ বিবরণ প্রদান করুন

হ্যাঁ/না

\_\_\_\_\_

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

এই অবস্থার জন্য আপনাকে কি কোনো হাসপাতালে ভর্তি হতে হয়েছিল?

Yes /No

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card.

হ্যাঁ হলে, যে চিকিৎসককে দেখাচ্ছেন তার রিপোর্ট/হাসপাতাল ডিসচার্জ কার্ড জুড়ে দিন।

হ্যাঁ/না

5. Regarding your symptoms. / আপনার উপসর্গ সম্পর্কিত।

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

\_\_\_\_\_

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

কত ঘন ঘন উপসর্গ দেখা দেয়? যেমন, বছরে কতবার আপনি অসুস্থ হয়ে পড়েন?

\_\_\_\_\_

6. Do your symptoms wake you at night?

আপনার উপসর্গের কারণে কি রাত জাগতে হয়?

Yes/ No

If yes, how often (per month)? / হ্যাঁ হলে, কত বার (প্রতি মাসে)?

হ্যাঁ/না

\_\_\_\_\_

7. Are your attacks seasonal?

আপনি কি মাসে মাসে অসুস্থ হয়ে পড়েন?

Yes /No

If yes, give number of attacks per season: / হ্যাঁ হলে, প্রতি মরশুমে আপনি কতবার আক্রান্ত হন:

হ্যাঁ / না

\_\_\_\_\_

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

আপনি কি এমন কোনো সমস্যা (গুলি) সম্পর্কে অবগত যার কারণে আপনার উপসর্গ বেড়ে যায়? যেমন মানসিক চাপ, ইত্যাদি

Yes/No

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

হ্যাঁ/না

\_\_\_\_\_

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last?

শেষ কখন উপসর্গ দেখা গেছিল এবং সাধারণতঃ কতদিন ধরে হত?

\_\_\_\_\_

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

এই অবস্থার জন্য শেষ দুই বছরে আপনি কতদিন (মোট) কাজে যোগ দিতে পারেননি।

\_\_\_\_\_

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.

অনুগ্রহ করে আপনার চিকিৎসার বিশদ বিবরণ দিন, ওষুধের নাম যেমন অ্যাসথালিন, ব্রাইক্যানাইল, ভেন্ট, ডেরিফাইলিন ইত্যাদি), ডোজ এবং কত ঘন ঘন তা নিতে হয়। ট্যাবলেট ইঞ্জেকশন এবং ইনহেলারের বিশদ বিবরণ সহ।

a) Currently: / বর্তমানে: \_\_\_\_\_

b) In the past: / পূর্বে: \_\_\_\_\_

12. Have you ever taken steroids? E.g. Beclomethasone, Prednisolone etc. Yes /No  
আপনি কি কখনো স্টেরোয়েড নিয়েছেন? উদা: বেকলোমেথাসোনে, প্রিডনিসোলোন ইত্যাদি হ্যাঁ/না  
If yes, please provide full details including duration and type of treatment like inhaler, tablets etc.  
হ্যাঁ হলে অনুগ্রহ করে চিকিৎসার ধরণ ও সময় যেমন ইনহেলার, ট্যাবলেট সহ সম্পূর্ণ বিশদ বিবরণ

13. 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?

14. Do you smoke \* cigarettes / beedis / cigar / pipes? Yes /No  
আপনি কি ধূমপান করেন \* সিগারেট / বিড়ি / সিগার / পাইপ? হ্যাঁ/না

\*(Strike off whichever is not applicable) If yes, how many? / (যেটি প্রযোজ্য নয় সেটিতে দাগ দিন) যদি হ্যাঁ হয় তাহলে কটি? গত \_\_\_\_\_ per day, since last বছর থেকে, প্রতিদিন \_\_\_\_\_ years. / টি.

15. 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 জ্ঞাতমারে 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 the Attending Physician of the Life To Be Assured:**

**পার্ট 2 - যার নামে বীমা করা হবে তিনি যে ডাক্তারকে দেখাতেন তাঁকে পূরণ করতে হবে:**

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis: / অনুগ্রহ করে রোগনির্ণয়ের তারিখ সহ বিশদ বিবরণ দিন:

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

অনুগ্রহ করে এই আক্রমণ কত ঘন ঘন দেখা যেত তার বিশদ বিবরণ প্রদান করুন এবং শেষ কবে এই আক্রমণ হয় তা জানান

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

আপনি এখন রোগীর অবস্থা সম্পর্কে স্থিতিশীল, মাঝারি, আশঙ্কাজনক কোনটি ব্যবহার করবেন? স্থিতিশীল, মাঝারি, আশঙ্কাজনক

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.

কর্মক্ষমতার কোনো সীমাবদ্ধতা যেমন কাজ করার ক্ষমতা, আছে নাকি? যদি সেইরকম কিছু থাকে তাহলে কাজে যাবনি এমন দিনের তারিখ ও সময়ের বিশদ বিবরণ দিন।

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

অনুগ্রহ করে কোনো পরীক্ষা করিয়ে থাকলে তার তারিখ ও ফলাফলের বিশদ বিবরণ জানান, যেমন পালমোনারি ফাংশন পরীক্ষা, বুকের এক্স-রে।

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy./ অনুগ্রহ করে চিকিৎসার বিশদ বিবরণ জানান, বিশেষ করে কোনো স্টেরোয়েড থেরাপি।

7. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details.  
আপনি কি রোগীর অবস্থার কোনো জটিলতা সম্পর্কে অবহিত? যেমন ধূমপান, 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 প্রত্যয়িত 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 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 অসঙ্গতির ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটিকেই বিবেচনা করা হবে।