

## DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE / पाचन विकार संबंधी प्रश्नावली

(To be filled by the Life To Be Assured)/(बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)

For questions answered as "YES", please provide complete details with medical reports.

जिन प्रश्नों का उत्तर "हाँ" में दिया गया हो, उनके लिए कृपया मेडिकल रिपोर्ट के साथ पूर्ण विवरण उपलब्ध कराएँ।

Name of Life To Be Assured / बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_

Proposal No.: / प्रस्ताव संख्या: \_\_\_\_\_

1. Please state the precise diagnosis, if known. / यदि ज्ञात हो, तो सटीक निदान के बारे में बताएँ।

2. When was this condition first diagnosed? / इस दशा का पहली बार कब पता चला था?

3. Have you had a barium meal or any other investigations?

Yes/ No

क्या आपको बेरियम मील या अन्य कोई जाँच करवानी पड़ी?

हाँ / नहीं

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

यदि हाँ, तो कृपया जाँच के दिनांक और परिणाम सहित विवरण प्रदान करें।

4. Regarding your symptoms: / आपके लक्षणों के बारे में:

a) Please describe your symptoms / कृपया अपने लक्षणों का वर्णन करें

b) When did symptoms first occur? / पहली बार लक्षण कब दिखाई दिया था?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months  
लक्षण कितनी बार दिखाई देते हैं? जैसे पिछले 12 माह में कितनी बार

d) When was the last occurrence of symptoms? / लक्षण पिछली बार कब दिखाई दिया था?

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

Yes/ No

क्या इस स्थिति के लिए ऑपरेशन कराना पड़ा था या ऑपरेशन के लिए विचार किया जा रहा है?

हाँ / नहीं

6. Have you experienced any problems or complications following surgery?

Yes/ No

क्या आपको सर्जरी के बाद कोई समस्या या परेशानी हुई है?

हाँ / नहीं

If yes, please provide details. / यदि हाँ तो कृपया विवरण प्रदान करें।

7. Have you been discharged from follow-up?

Yes/ No

क्या आपको फॉलो-अप से छुट्टी दे दी गई है?

हाँ / नहीं

If yes, please state when. / यदि यहाँ, तो कृपया बताएँ कि कब।

8. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken.

कृपया अपने उपचार का विवरण प्रदान करें. दवा का नाम, मात्रा और कितनी बार ली यह भी शामिल करें।

a) Currently / वर्तमान में \_\_\_\_\_

b) In the past / पहले \_\_\_\_\_

9) Regarding the monitoring of your condition: / आपकी दशा की निगरानी के बारे में:

a) Who is in charge of your follow-up? / आपके फॉलो-अप का प्रभारी कौन है?

b). How often do you attend for follow-up? / आप फॉलो-अप के लिए कितनी बार जाते हैं?

c) When was your last consultation? / आपने पिछली बार कब परामर्श लिया था?

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

Yes /No

क्या इस दशा के कारण आप महत्वपूर्ण समय (उदाहरण के लिए, कुछ सप्ताह) में काम नहीं कर पाए?

हाँ/नहीं

If yes, please provide details including dates and duration of time off work. / यदि हाँ, तो कृपया कार्य से अवकाश के दिनांक और समयावधि का विवरण प्रदान करें।

11. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

कृपया अपनी दशा के बारे में कोई ऐसी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें, जो आपके विचार से आपके आवेदन को प्रक्रियाबद्ध करने में सहायक होगी।

**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.

**बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा घोषणा:**

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उत्तर मेरी अधिकतम जानकारी के अनुसार सत्य हैं और मैंने ऐसी कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी नहीं छुपाई है जो इस आवेदन के मूल्यांकन या उसकी स्वीकृति को प्रभावित कर सकती है। मैं सहमत हूँ कि यह प्रपत्र केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के साथ जीवन बीमा के लिए मेरे आवेदन का भाग होगा और मुझे ज्ञात किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य को प्रकट करने में विफल रहने पर यह अनबंध अमान्य हो सकता है।

Date & Place:

दिनांक और स्थान:

Signature of Life to be Assured

बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर

**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. \_\_\_\_\_

**घोषणा, यदि यह फॉर्म मातृभाषा में साइन किया गया हो अँगूठे का निशान:**

मैं, \_\_\_\_\_, का पुत्र/की पुत्री, \_\_\_\_\_ की निवासी एक वयस्क एतद् द्वारा यहां घोषित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र की सामग्री को मुझे पूरी तरह से \_\_\_\_\_ भाषा में समझाया गया है और मैंने समझ लिया है।

(ग्राहक के हस्ताक्षर) \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ संपर्क नं. \_\_\_\_\_

**Instruction & Disclaimer / निर्देश और अस्वीकरण:**

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / कृपया विवरण केवल हिन्दी/अंग्रेज़ी में भरें।
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail. / विषय-वस्तु की व्याख्या में कोई असहमति होने पर अंग्रेज़ी संस्करण मान्य होगा।