

EPILEPSY QUESTIONNAIRE / मिर्गी प्रश्नावली

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

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

Proposal No. / प्रस्ताव संख्या: _____

1. When your epilepsy was first diagnosed? / आपको मिर्गी का दौरा पड़ने का पहली बार निदान कब हुआ था?

2. Has it been described as any particular type, e.g. grand mal, absence seizures, etc.? Yes/ No

क्या इसे किसी विशेष प्रकार यानी गैंड मैल, एबसेंस सीजर्स, आदि के रूप में वर्णित किया गया है? हां /नहीं

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

3. Have you undergone any investigations, such as EEG, CT or MRI scan? Yes/ No

क्या आपने ईईजी, सीटी या एनआरआई स्कैन जैसी कोई भी जांच कराई है? हां /नहीं

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

यदि हां, तो कृपया जांच के दिनांक और परिणाम सहित विवरण प्रदान करें।

4. Regarding the nature and frequency of your attacks / आपको पड़ने वाले दौरों की प्रकृति और आवृत्ति के बारे में:

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

कृपया बेहोशी की स्थिति के साथ ही अपने दौरों की प्रकृति का वर्णन करें।

b) Are you aware of any specific provoking cause for your attack? Yes/ No

क्या आप अपने दौरों को उभारने वाले किसी विशिष्ट कारण से अवगत हैं? हां /नहीं

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

c) How long does each attack usually last? / प्रत्येक दौरा प्रायः कितनी देर तक बना रहता है?

d) How many attacks, fits or seizures have you had in the last 12 months?/पिछले 12 महीनों में आपको कितने दौरों, ऐंठन या उद्वेग आ चुके हैं?

e) When was your last attack? / आपको आखिरी दौरा कब पड़ा था?

f) Have you ever required hospitalisation as a result of an epileptic attack? Yes /No

क्या मिर्गी के दौरों के कारण आपको कभी अस्पताल में भर्ती होने की जरूरत पड़ी थी? हां /नहीं

If yes, please provide details / अगर हां तो कृपया विवरण प्रदान करें

5. Please provide details of your treatment. Include names of medication (i.e. Dilantin, Tegretol, etc.), dosage and how often taken:
कृपया अपने उपचार का विवरण प्रदान करें। इसमें दवाओं के नाम (जैसे- डिलैंटिन, टेग्रेटॉल आदि), खुराक और कितनी बार ली यह भी शामिल करें।

a) Currently / वर्तमान में

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

अगर यह पिछले दो वर्षों में बदला है तो कृपया इस बात को वर्णित करें कि किस रूप में और क्यों।

6. 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? / फॉलोअप के लिए आप कब-कब जाते हैं?

c) When was your last consultation? / आपने आखिरी बार परामर्श कब प्राप्त किया था?

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

अपनी मिर्गी के चलते आप किन-किन तारीखों और समयावधियों के लिए काम से दूर रहे, इसके समेत विवरण प्रदान करें।

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

क्या मिर्गी के कारण आपको ड्राइविंग लाइसेंस लेने से रोका गया है या क्या मिर्गी के कारण आपकी अन्य गतिविधियां किसी अन्य रूप में प्रतिबंधित की गई हैं? हां/नहीं

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

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

क्या आप किसी ऐसे पेशे में हैं जिसमें ऊंचाई पर काम करना पड़ता है, भारी मशीनरी हैंडल करनी पड़ती है या उसके साथ काम करना पड़ता है या उसमें कोई ऐसा पहलू जुड़ा हुआ है, जिसमें आपको कार्य के दौरान मिर्गी का दौरा पड़ने पर जोखिम में वृद्धि हो सकती है?

हां/ नहीं

If yes, please provide details. / अगर हां तो कृपया विवरण प्रदान करें

10. 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 भी ऐसी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें, जो आपके विचार से आपके आवेदन को संसाधित 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 ऑफ़ कॉमर्स लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के साथ जीवन बीमा के लिए मेरे आवेदन का भाग होगा और मुझे जात किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य को प्रकट करने में विफल रहने पर यह अनुबंध अमान्य हो सकता है।

Date & Place:

तारीख 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 एतद्द्वारा 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।