

## MUSCULOSKELETAL DISORDERS QUESTIONNAIRE

### मांसपेशियों और अस्थिपंजर से जुड़े विकार के बारे में प्रश्नावली

(To be filled by the Of 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. What is the precise diagnosis as the cause of joint pain or joint deformity? (Please tick whichever is applicable) Rheumatoid arthritis  
Osteoarthritis Seronegative spondyloarthropathy (Ankylosing spondylitis or others) Tuberculosis of the joint Gouty arthritis Pyogenic arthritis  
Any other: Mention the diagnosis / जोड़ के दर्द या जोड़ की विकृति के कारण का सटीक निदान क्या है? (कृपया जो भी लागू हो उस पर  
सही का निशान लगाएं) रूमेटॉइड आर्थराइटिस आस्टियोआर्थराइटिस सेरोनेगेटिव स्पॉन्डिलोआर्थोपैथी (एन्काइलॉजिंग स्पॉन्डिलाइटिस या अन्य)  
जोड़ का क्षयरोग गाउटी आर्थराइटिस पायोजेनिक आर्थराइटिस कोई अन्य: निदान का उल्लेख करें:

2. Mention the joints affected and extent of disability? / प्रभावित जोड़ों का उल्लेख करें और बताएं कि अपंगता किस हद तक है?

3. Please give the approximate date when you last experienced problems or symptoms  
कृपया वह अनुमानित तारीख बताएं जबकि आपने अंतिम बार परेशानियों या लक्षणों को महसूस किया था

4. Is the disease (Please tick what is applicable)? Static Progressive  
क्या बीमारी है (जो लागू हो कृपया उस पर सही का निशान लगाएं)? स्थिर बढ़ती हुई

5. Mention laboratory tests undergone if any for evaluation? (Please mention the tests done and their reports.)  
यदि मूल्यांकन के लिए प्रयोगशाला में कोई परीक्षण करवाए गए हैं, तो उनका उल्लेख करें। (कृपया की गई जांच और उनके परिणामों का  
उल्लेख करें।)

6. Mention the medical treatment undergone. Give names of drug (generic) and duration of treatment and doses, any steroid dosage  
in past or ongoing?  
कृपया करवाये गये चिकित्सा उपचार का उल्लेख करें। दवा (प्रजातिगत यानी जेनरिक) के नाम और उपचार की अवधि तथा खुराक  
बतायें, विगत की या जारी स्टेरॉयड की खुराक बतायें?

7. Has any surgery been advised for the treatment of the condition? Yes No If yes, please indicate the nature of surgery advised  
or if done already (with date of surgery)  
क्या इस दशा के उपचार के लिए किसी शल्य-चिकित्सा की सलाह दी गई है? हां नहीं, यदि हां, तो कृपया बताई गई शल्य-चिकित्सा  
या पहले की जा चुकी शल्य-चिकित्सा (शल्य-चिकित्सा के दिनांक सहित) की प्रकृति बताएं।

8. Are the symptoms of this condition severe enough to restrict your activities in any way?  
क्या इस दशा के लक्षण इतने अधिक तीव्र हैं कि आपकी गतिविधियां किसी तरह से बाधित होती हैं?

9. Have you lost any time off work in the last 12 months because of this condition? Please give dates and duration of absence.  
क्या आपको इस अवस्था के कारण पिछले 12 महीने में काम के किसी समय का नुकसान हुआ है? कृपया तारीख और  
अनुपस्थिति की अवधि बतायें।

10. Gout - additional question: Have you suffered /suffering from any complications i.e. hypertension, kidney problems, arthritis?  
गठिया - अतिरिक्त प्रश्न: क्या आप किन्हीं परेशानियों जैसे कि उच्च रक्तचाप, गुर्दे की समस्याओं, आर्थराइटिस से त्रस्त थे/त्रस्त हैं?

**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 ज्ञात 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 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।