

GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE

ದುರ್ಮಾಂಸ, ಸ್ತನವಿಷುವ ದ್ರವ (ಸಿಸ್ಟ್), ಗಡ್ಡೆಗಳು ಮತ್ತು ಉತಗಳ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

(To be filled by the Life To Be Assured)/ (ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

Name of Life To Be Assured:/ ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು: _____

Proposal No.:/ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಸಂ.: _____

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered?
ದುರ್ಮಾಂಸ, ಸ್ತನವಿಷುವ ದ್ರವ (ಸಿಸ್ಟ್), ಗಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಬಾವು ಮೊದಲು ಯಾವಾಗ ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು?

2. Please state the location in the body./ ದಯವಿಟ್ಟು ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಜಾಗವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ.

3. Please state the precise diagnosis if known./ ದಯವಿಟ್ಟು ಗೊತ್ತಿದ್ದರೆ, ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಖರವಾಗಿ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿ

4. Has the growth been removed?
ದುರ್ಮಾಂಸವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಗಿದೆಯೇ? Yes / No
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

5. Is treatment or surgery being proposed?
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ? Yes / No
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

I. If no, please provide details of investigations that have been carried out. Include date(s) and results of tests.
ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಾಂಕ (ಗಳು), ಹಾಗೂ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.

II. If yes, please provide medical reports with: / ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಇದರೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

a. Date of removal / ತೆಗೆದುಹಾಕುವ ದಿನಾಂಕ

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc
ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನ. ಉದಾ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ, ಕ್ರಯೋಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ಬಳಸಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿ

c. Name of surgeon, general practitioner, consultant, hospital or clinic.
ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ವೈದ್ಯರು, ಸಮಾಲೋಚಕರು, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನ ಹೆಸರು.

d. What treatment have you had following removal? e.g. tablets, radiotherapy, chemotherapy, etc.
ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ನೀವು ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವಿರಿ? ಉದಾ. ಮಾತ್ರೆಗಳು, ರೇಡಿಯೊತೆರಪಿ, ಕಿಮೋತೆರಪಿ, ಇತ್ಯಾದಿ

6. Is any follow up being done currently?
ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಿರಾ? Yes / No
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please state how often. / ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ

If no, when were you discharged from follow-up? / ಇಲ್ಲವಾದಲ್ಲಿ, ನೀವು ಎಂದಿನಿಂದ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ್ದೀರಾ?

7. Have you lost significant time (e.g. weeks) off work with this condition?
ಈ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಅಮೂಲ್ಯ ಸಮಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವಿರಾ (ಅಂದರೆ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)? Yes / No
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please provide details including dates and duration of time off work.
ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಅವಧಿ, ಹಾಗೂ ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.

8. Please provide any additional information on your condition, which you feel, will be helpful in processing your application.
ನಿಮ್ಮ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವಾಗುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ರೋಗಿಸ್ಥಿತಿಯ ಕುರಿತಾದ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ.

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.

ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಘೋಷಣೆ:

ಇಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಿಷಯ ನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಹಾಗೂ ಈ ಅರ್ಜಿಯ ನಿರ್ಧರಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕೃತಿಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಾನು ತಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ನಮೂನೆಯು ಕೆನರಾ ಎಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಗೆ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯ ನಿಯೋಜಿತ ಭಾಗವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ತಿಳಿದ ನೈಜ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದರೆ ನನ್ನ ವಿವಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಅನುರ್ಜಿತಗೊಳಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

Date & Place:
ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ:

Signature of Life to be Assured
ವಿಮಾದಾರರ ಸಹಿ

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. _____

ದೃಢೀಕರಣ, ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ದೇಶೀಯವಾಗಿ/ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತಿನಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ :

ನಾನು, _____, _____ ಅವರ ಮಗ/ಮಗಳು, _____ ನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ನಾನು ವಯಸ್ಸು/ವಯಸ್ಕಳು ಆಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಗ್ರಾಹಕರ ಸಹಿ) _____ ದಿನಾಂಕ _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ. _____

Instruction & Disclaimer: / ಸೂಚನೆ & ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only. / ದಯಮಾಡಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಿಂದಿ/ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿಮಾಡಿ.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ವಿಷಯವನ್ನು ವಿವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯವಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಆವೃತ್ತಿ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.