

GYNECOLOGICAL DISORDERS QUESTIONNAIRE – APPLICANT

ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ- ಅರ್ಜಿದಾರ

(Includes Abnormal Cervical Smear, Hysterectomy, Menstrual problems, etc.)

(ಅಸಹಜ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಜಿಗುಟು, ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವಿಕೆ, ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು)

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

Proposal No.:/ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಸಂ.: _____

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

2. Regarding your symptoms:/ ನಿಮ್ಮ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:

a) When did symptoms first occur? / ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮೊದಲ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಯಾವಾಗ?

b) Please describe your symptoms./ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ.

c) How frequently do symptoms occur? e.g. how often in the last 12 months.

ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ? ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ.

d) When was the last occurrence of symptoms?/ ಕೊನೆಯ ಬಾರಿಗೆ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಯಾವಾಗ?

3. Have you undergone any test or investigations for this condition?

ಈ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?

Yes / No

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please provide details including date of investigations and results with copy of medical reports.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಗಳ ಪ್ರತಿಯೊಂದಿಗೆ ಒದಗಿಸಿ.

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

ನೀವು ಈ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಗಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಯಸಿರುವಿರಾ?

Yes / No

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please provide date(s) and full details with medical reports including name of the surgery, names of hospital and consultant/surgeon.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಾಂಕ(ಗಳು) ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೆಸರು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರುಗಳು, ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು/ಶಸ್ತ್ರ-ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಸೇರಿದಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ

5. Have you experienced any symptoms following surgery?

ನೀವು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ ಯಾವುದಾದರೂ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ?

Yes / No

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please provide details. / ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken:
ದಯವಿಟ್ಟು ನೀವು ಆಗಾಗ್ಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧಿಯ ಹೆಸರುಗಳು, ಔಷಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ಸೇರಿದಂತೆ, ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

Currently:/ ಪ್ರಸ್ತುತ:

In the past: / ಈ ಹಿಂದೆ:

7. Are you currently on follow up?
ನೀವು ಈಗಲೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?

Yes / No
ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

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

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

8. 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

9. Please provide any additional information on your condition that you feel will be helpful in processing your application.
ನಿಮ್ಮ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವಾಗುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಯ 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. Date & Place: Signature of Life to be Assured Declaration in case Life To Be Assured signs in Vernacular / Uses Thumb Impression: I have read out and fully explained the contents of the questionnaire and she has understood the same. I have truthfully recorded the replies given by the Life to be Assured and that the Life to be Assured has affixed the signatures/thumb impression above after fully understanding the contents thereof.

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 ಓರಿಯೆಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಗೆ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯ ನಿಯೋಜಿತ ಭಾಗವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ತಿಳಿದ ನೈಜ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದರೆ ನನ್ನ ವಿಮೆ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಅನೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

Date & Place :
ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ :

Name and Signature of Declarant
ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು 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/ಹೆಚ್ಚು ಟೈನ 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.