

## KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರನಾಳದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

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

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. When was this condition first diagnosed? / ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಈ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮೊದಲು ಯಾವಾಗ ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು?

\_\_\_\_\_

3. Have you had an IVP, cystoscopy or other investigations?

Yes / No

ನೀವು ಐವಿಪಿ, ಸೈಟೋಸ್ಕೋಪಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿರುವಿರಾ?

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

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

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ದಿನಾಂಕಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಒದಗಿಸಿ

\_\_\_\_\_

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

a) Please describe your symptoms / ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆಯೇ? ಉದಾ. ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ.

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Yes / No

ನೀವು ಈ ರೋಗಸಿಕ್ಕಿಗಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಯಸಿರುವಿರಾ?

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

If yes, please provide date(s) and full details including names of hospital and consultant/surgeon.

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಾಂಕ(ಗಳು) ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರುಗಳು, ವೈದ್ಯರು/ಶಸ್ತ್ರ-ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಸೇರಿದಂತೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ.

\_\_\_\_\_

6. Have you experienced any symptoms following surgery?

Yes / No

ನೀವು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ ಯಾವುದಾದರೂ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ?

ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

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

\_\_\_\_\_

7. 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:

a) Currently:/ ಪ್ರಸ್ತುತ:

---

b) In the past:/ ಈ ಹಿಂದೆ:

---

8. Regarding the monitoring of your condition: / ನಿಮ್ಮ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಕುರಿತಾಗಿ:

a) Who is in charge of your follow-up?/ ನಿಮ್ಮನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರು ಯಾರು?

---

b) How often do you attend for follow-up?/ ನೀವು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಿ?

---

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known

ನಿಮ್ಮ ಕೊನೆಯ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡಿದ್ದು ಯಾವಾಗ? ದಯವಿಟ್ಟು ಗೊತ್ತಿದ್ದರೆ, ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿಯೂ ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ಮಾಪನದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ

---

9. Have you lost significant time (i.e. weeks) off work with this condition?

Yes / No

ಈ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಅಮೂಲ್ಯ ಸಮಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವಿರಾ (ಅಂದರೆ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)?

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.

---

10. Please provide any additional information on your condition which 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

**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 ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಗೆ ನನ್ನ ಅರ್ಜಿಯ ನಿಯೋಜಿತ ಭಾಗವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ತಿಳಿದ ನೈಜ ವಿಷಯವನ್ನು ತಿಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದರೆ ನನ್ನ ವಿಮೆ 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/ಹೆಬ್ಬೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತಿನಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ :

ನಾನು, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ಅವರ ಮಗ/ಮಗಳು, \_\_\_\_\_  
ನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ನಾನು ವಯಸ್ಕ/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.