

BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE
നട്ടെല്ലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അസുഖങ്ങളുടെ ചോദ്യാവലി

If any of the questions are answered "YES", please provide details including dates of investigations and results.

ഏതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾക്ക് "ഉണ്ട്/അതെ" എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, പരിശോധനകളുടെയും ഫലങ്ങളുടെയും തീയതികൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

Name of Life To Be Assured:/ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്: _____
Proposal No.:/ പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

Part 1: To be filled by Life To Be Assured/ ഭാഗം 1 : ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക

1. Please state the precise diagnosis, if known:/ രോഗനിർണ്ണയത്തിനെക്കുറിച്ച് കൃത്യമായി അറിയാമെങ്കിൽ അത് പ്രസ്താവിക്കുക:

2. When was this condition first diagnosed? / ആദ്യമായി എപ്പോഴാണ് ഈ രോഗാവസ്ഥ നിർണ്ണയിച്ചത്?

3. Have you had any x-rays or other investigations? Yes No / എന്തെങ്കിലും എക്സ്-രശ്മികളുടെ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് അന്വേഷണം ഉണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

4. Regarding your symptoms:/ രോഗലക്ഷണത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ:

a) Please describe your symptoms / നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ വിശദീകരിക്കുക

b) When did symptoms first occur?/ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യം കണ്ടെത്തിയതെപ്പോൾ?

c) How frequently do symptoms occur? i.e. how often in the last 12 months.
രോഗലക്ഷണങ്ങൾ എത്ര തവണയാണ് പ്രകടമായത്? ഉദാ. കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിനിടയിൽ എത്ര തവണ.

d) Are your activities restricted in any way? Yes / No
ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ നിങ്ങളുടെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾ പരിമിതപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് / ഇല്ല

e) Do you use a cane or other mobility aids? Yes / No
നിങ്ങൾ ഊന്നുവടിയോ മറ്റ് ചലനസഹായികളോ ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ട് / ഇല്ല

5. Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? Yes / No
ഈ രോഗാവസ്ഥയ്ക്കായി നിങ്ങൾ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാവുകയോ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?
ഉണ്ട് / ഇല്ല

6. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken. Include details of any physiotherapy
നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. മരുന്നുകളുടെ പേരും അളവും കഴിക്കേണ്ട സമയവും ഉൾപ്പെടുത്തുക. ഫിസിയോതെറാപ്പി ചെയ്യുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തുക:

a) Currently / നിലവിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നത്

b) In the past/ മുമ്പ് ഉപയോഗിച്ചിരുന്നത്

7. Regarding the monitoring of your condition:/ നിങ്ങളുടെ രോഗാവസ്ഥയുടെ നിരീക്ഷണത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ:

a) Who is in charge of your follow-up?/ നിങ്ങളുടെ തുടർചികിത്സയുടെ ഉത്തരവാദിത്തം ആർക്കാണ്?

b) How often do you attend for follow-up?/ തുടർചികിത്സയ്ക്കായി നിങ്ങൾ എത്ര തവണ സമീപിച്ചിട്ടുണ്ട്?

c) When was your last consultation?/ അവസാനമായി ഡോക്ടറെ സമീപിച്ചതെപ്പോഴാണ്?

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

Yes / No

ഈ രോഗാവസ്ഥ കാരണം നിങ്ങൾക്ക് ജോലിയിൽ നിന്ന് വളരെ നാൾ (ഉദാ. ആഴ്ച) വിട്ടുനിൽക്കേണ്ടി വന്നിട്ടുണ്ടോ?
ഉണ്ട് / ഇല്ല

If YES, please provide details including dates and duration of time off work.

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, ജോലിയിൽ നിന്ന് വിട്ടുനിന്ന തീയതികളും കാലയളവും ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിവരങ്ങൾ നൽകുക.

9. Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷയുടെ തുടർനടപടികൾക്ക് സഹായകരമാകുമെന്ന് കരുതുന്ന, നിങ്ങളുടെ രോഗാവസ്ഥയെക്കുറിച്ചുള്ള എന്തെങ്കിലും അധികവിവരങ്ങൾ എന്തെങ്കിലുമുണ്ടെങ്കിൽ നൽകുക.

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.

ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രസ്താവന:

ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഉത്തരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ മികച്ചതും സത്യവും ആണെന്നും ഈ അപേക്ഷയുടെ മൂല്യനിർണ്ണയത്തിനെയോ സ്വീകാര്യതയെയോ ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന പ്രധാനമുള്ള ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. കാനറ ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള എന്റെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമായി ഈ ഫോം രൂപീകരിക്കുമെന്നതും എന്റെ അറിവിലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രധാനപ്പെട്ട വിഷയം സമർപ്പിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ അത് ഉടമ്പടിയെ അസാധുവാക്കുമെന്നതും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

Date & Place:

തീയതിയും സ്ഥലവും:

Signature of Life to be Assured

ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

Part 2: To be filled by Attending Physician. / ഭാഗം 2: - ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ പൂരിപ്പിക്കണം

1. How has the condition been treated; is future surgery planned?

രോഗാവസ്ഥയ്ക്ക് ചികിത്സ നൽകുന്നതെങ്ങനെയാണ്; ഭാവിയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ ഉദ്ദേശിക്കുന്നുണ്ടോ?

2. Please give details of current symptoms/ നിലവിലുള്ള രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

3. Have there been any episodes of associated anxiety of depression? If so, please give details

വിഷാദത്തിന്റെ ഭാഗമായുള്ള ഉത്കണ്ഠയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എന്തെങ്കിലും സംഭവങ്ങൾ ഉണ്ടാകാറുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

4. Are you aware of any complicating features of the patient's condition? E.g. occupation, etc so, please give details.

രോഗിയുടെ അവസ്ഥയെ സങ്കീർണ്ണമായി ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും കാര്യങ്ങളെക്കുറിച്ച് അറിയാമോ? ഉദാ. ജോലി മുതലായവ ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

I certify that the proposer/ Life To Be Assured has put her/ his signature in my presence and I am satisfied with his/her identity.

നിർദ്ദേശകൻ/ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിലാണ് ഒപ്പിട്ടതെന്നും അവനെ/അവളെ ഞാൻ തിരിച്ചറിഞ്ഞതായും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

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. _____

ഈ ഫോം പ്രാദേശിക ഭാഷയിലോ വിരലടയാളമോ ഉപയോഗിച്ച് ഒപ്പുവെച്ചിരിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, നൽകുന്ന സത്യവാങ്മൂലം :

എനിക്ക് ഈ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങൾ _____ ഭാഷയിൽ യഥാർത്ഥ വിശദീകരിച്ചുതന്നതായും അത് എനിക്ക് മനസ്സിലായതായും _____ എന്ന വിലാസത്തിൽ താമസിക്കുന്ന, _____ എന്നയാളുടെ പ്രായപൂർത്തിയായ മകനായ / മകളായ _____ എന്ന ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

(ഉപഭോക്താവിന്റെ ഒപ്പ്) _____ തീയതി _____ ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പർ _____

Instruction & Disclaimer:/ നിർദ്ദേശങ്ങളും നിരാകരണവും:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ഹിന്ദിയിൽ/ഇംഗ്ലീഷിൽ മാത്രം വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ഉള്ളടക്കം പരിഭാഷപ്പെടുത്തുന്നതിൽ ഏതെങ്കിലും രീതിയിൽ വിയോജിപ്പുണ്ടാകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പ് ബാധകമാകും.