

**GROWTHS, CYSTS, LUMPS AND TUMOURS QUESTIONNAIRE**  
**അസ്വാഭാവിക വളർച്ചകൾ, നീർസഞ്ചികൾ, ലിംപ്സ്, മുഴകൾ എന്നീ**  
**രോഗാവസ്ഥകൾക്കുള്ള ചോദ്യാവലി**

(To be filled by the Life To Be Assured)/ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക)

Name of Life To Be Assured:/ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്: \_\_\_\_\_

Proposal No.:/ പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: \_\_\_\_\_

1. When was the growth, cyst, lump or tumour first discovered?

അസ്വാഭാവിക വളർച്ച, നീർസഞ്ചി, ലിംപ് അല്ലെങ്കിൽ മുഴ ആദ്യമായി കണ്ടെത്തിയത് എപ്പോഴാണ്?

\_\_\_\_\_

2. Please state the location in the body / ബാധിച്ചിരിക്കുന്ന ശരീരഭാഗം ഏതെന്ന് പറയുക

\_\_\_\_\_

3. Please state the precise diagnosis if known.

രോഗനിർണ്ണയത്തിനെക്കുറിച്ച് കൃത്യമായി അറിയാമെങ്കിൽ അത് പ്രസ്താവിക്കുക.

\_\_\_\_\_

4. Has the growth been removed?

Yes / No

അസ്വാഭാവിക വളർച്ച നീക്കം ചെയ്തോ?

ഉണ്ട് /

ഇല്ല

5. Is treatment or surgery being proposed?

Yes / No

ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ നടത്തിയോ?

ഉണ്ട് /

ഇല്ല

I. If no, please provide details of investigations that have been carried out. Include date(s) and results of tests.

ഇല്ല എങ്കിൽ, നടത്തിയ പരിശോധനകളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. തീയതിയും (തീയതികളും) പരിശോധനകളുടെ ഫലങ്ങളും ഉൾപ്പെടുത്തുക.

\_\_\_\_\_

II. If yes, please provide medical reports with:

ഉവ്വ് എങ്കിൽ, ഇനിപ്പറയുന്നവയുടെ പേപ്പറുകളുടെ വൈദ്യ പരിശോധന റിപ്പോർട്ടുകൾ നൽകുക:

a. Date of removal / നീക്കം ചെയ്ത തീയതി

\_\_\_\_\_

b. Method of removal. e.g. local anesthetic, cryosurgery, operation with general anesthetic, etc

നീക്കം ചെയ്ത രീതി. ഉദാ. ലോക്കൽ അനസ്തെറ്റിക്, ക്രയോസർജറി, ജനറൽ അനസ്തെറ്റിക്കോടുകൂടിയ ശസ്ത്രക്രിയ, തുടങ്ങിയവ

\_\_\_\_\_

c. Name of surgeon, general practitioner, consultant, hospital or clinic.

സർജൻറെ, ജനറൽ ഡോക്ടറുടെ, കൺസൾട്ടന്റിന്റെ, ആശുപത്രിയുടെ അല്ലെങ്കിൽ ക്ലിനിക്കിന്റെ പേര്.

\_\_\_\_\_

d. What treatment have you had following removal? e.g. tablets, radiotherapy, chemotherapy, etc.

നീക്കം ചെയ്തതിന് ശേഷം ഏത് ചികിത്സാരീതിയാണ് പിന്തുടരുന്നത്? ഉദാ. ഗുളികകൾ, റേഡിയോതെറാപ്പി, കീമോതെറാപ്പി തുടങ്ങിയവ

\_\_\_\_\_

6. Is any follow up being done currently?

Yes / No

ഇപ്പോൾ ഏതെങ്കിലും ചികിത്സാരീതികൾ പിന്തുടരുന്നുണ്ടോ?

ഉണ്ട് /

ഇല്ല

If yes, please state how often / അതെ, എത്ര പലപ്പോഴും റബ്ബാക്കി ദയവായി?

If no, when were you discharged from follow-up?/ ഇല്ല എങ്കിൽ, നിങ്ങൾ ഫോളോ-അപ്പ് നിന്ന്

7. Have you lost significant time (e.g. 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

8. 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 ഉണ്ടെങ്കിൽ 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.

**അനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രസ്താവന:**

ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഉത്തരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ മികച്ചതും സത്യവും ആണെന്നും ഈ അപേക്ഷയുടെ മൂല്യനിർണ്ണയത്തിനെയോ സീകാര്യതയെയോ 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  
വ്യക്തി

Signature of Life to be Assured  
ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട

**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 യഥോചിതം 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 ബാധകമാക്കും.