

KIDNEY AND URINARY DISORDERS QUESTIONNAIRE

വൃക്ക, മൂത്രാശയ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള ചോദ്യാവലി

(To be filled by the Life to be Assured)/ (ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിമാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക)

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

Proposal No.:/ പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

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

2. When was this condition first diagnosed?/ രോഗനിർണ്ണയം ആദ്യമായി നടത്തിയതെന്നാണ്?

3. Have you had an IVP, cystoscopy or other investigations? Yes / No

നിങ്ങൾക്ക് IVP, സിസ്റ്റോസ്കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് പരിശോധനകൾ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് / ഇല്ല

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

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, പരിശോധന നടത്തിയ തീയതിയും ഫലങ്ങളുമുൾപ്പെടെ വൈദ്യ പരിശോധന റിപ്പോർട്ട് നൽകുക

4. Regarding your symptoms:/ രോഗലക്ഷണത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ:

a) Please describe your symptoms / നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ വിശദമാക്കുക

b) When did symptoms first occur? / രോഗലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങിയതെപ്പോഴാണ്?

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) When was the last occurrence of symptoms?/ രോഗലക്ഷണം അവസാനമായി കാണപ്പെട്ടത് എപ്പോഴാണ്?

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

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

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, തീയതിയും (തീയതികളും) ആശുപത്രിയുടെയും കൺസൾട്ടന്റിന്റെയും/സർജന്റെയും പേരുകളും എൻഡോസോപ്പിയുടെയും പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങളും നൽകുക.

6. Have you experienced any symptoms following surgery? Yes / No

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും നിങ്ങൾ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രകടമായിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് / ഇല്ല

ഉണ്ട് /

If yes, please provide details/ ഉണ്ട് എങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

7. Please provide details of your treatment. Include names of medication, dosage and how often taken:

നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. മരുന്നുകളുടെ പേരും അളവും കഴിക്കേണ്ട കാലയളവും ഉൾപ്പെടുത്തുക:

a) Currently:/ നിലവിൽ കഴിക്കുന്നത്:

b) In the past:/ മുമ്പ് കഴിച്ചിരുന്നത്:

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

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

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

c) When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known
അവസാനമായി ഡോക്ടറെ സമീപിച്ചതെപ്പോഴാണ്? അറിയാമെങ്കിൽ, ആ സമയത്ത് എടുത്ത നിങ്ങളുടെ രക്തസമ്മർദ്ദ നിരക്കിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുക

9. 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 ഉണ്ട് / ഇല്ല
വന്നിട്ടുണ്ടോ?

If yes, please provide details including dates and duration of time off work
ഉണ്ട് എങ്കിൽ, ജോലിയിൽ നിന്ന് വിട്ടുനിന്ന തീയതികളും കാലയളവും ഉൾപ്പെടെയുള്ള വിവരങ്ങൾ നൽകുക

10. 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.

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 എന്തെങ്കിലും പ്രധാനപ്പെട്ട വിഷയം സമർപ്പിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ അത് ഉടമസ്ഥിയെ അസാധുവാക്കുമെന്നതും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

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 താമസിക്കുന്നു. _____ 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.