

RESPIRATORY DISORDER QUESTIONNAIRE/ ശ്വാസനേന്ദ്രീയ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള

ചോദ്യാവലി

(Asthma, Bronchitis, Emphysema, etc.)/ (ആസ്തമ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, എംഫിസീമ, മുതലായവ.)

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

Proposal No.:/ പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

Part 1 – To be filled by the Life To Be Assured or Proposer if Life To Be Assured is a minor:

ഭാഗം 1 -- ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയോ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയ്ക്ക് പ്രായപൂർത്തിയായിട്ടില്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശകനോ പൂരിപ്പിക്കണം:

1. Please state the precise diagnosis (if known):/ കൃത്യമായ രോഗനിർണ്ണയം (പ്രസ്താവിക്കുക (അറിയാമെങ്കിൽ):

2. When was this condition first diagnosed? (Please give exact age/year of onset)

രോഗനിർണ്ണയം ആദ്യമായി നടത്തിയതെന്നാണ്? (കൃത്യമായ പ്രായം/രോഗം കണ്ടെത്തിയ വർഷം നൽകുക)

3. Have you had any X-rays, PFT or other investigations for this condition?

Yes No / ഉണ്ട് ഇല്ല

ഈ രോഗാവസ്ഥയ്ക്കായി നിങ്ങൾ എക്സ്റേകളോ PFT-യോ മറ്റ് പരിശോധനകളോ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?

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. Have you been admitted to hospital for this condition?

Yes No / ഉണ്ട് ഇല്ല

ഈ രോഗാവസ്ഥയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് നിങ്ങളെ ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

If yes, attach attending physician's report / hospital discharge card. / ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ, പരിശോധിച്ച ഡോക്ടറുടെ

റിപ്പോർട്ട് /

ആശുപത്രി ഡിസ്ചാർജ് കാർഡ് സമർപ്പിക്കുക.

5. Regarding your symptoms. / രോഗലക്ഷണത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ.

a) Please describe your symptoms./ നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ വിശദീകരിക്കുക.

b) How frequently do symptoms occur? E.g. how many attacks on an average do you have in a year?

രോഗലക്ഷണങ്ങൾ എത്ര തവണയാണ് (പ്രകടമായത്)? ഉദാ. ഒരു വർഷം ശരാശരി എത്ര തവണ രോഗാവസ്ഥ പ്രകടമായി?

6. Do your symptoms wake you at night? / രോഗലക്ഷണങ്ങൾ നിദ്ര തടസ്സപ്പെടുത്താറുണ്ടോ?

Yes No

/ഉണ്ട് ഇല്ല

If yes, how often (per month)? / ഉണ്ട് എങ്കിൽ, എത്ര തവണ (പ്രതിമാസം)?

7. Are your attacks seasonal? / രോഗലക്ഷണങ്ങൾ കാലാവസ്ഥയ്ക്ക് അനുസൃതമായി പ്രകടമാകുന്നതാണോ?

Yes No/

അതെ ഇല്ല

If yes, give number of attacks per season:

അതെ എങ്കിൽ, ഓരോ കാലാവസ്ഥാ മാറ്റത്തിലും രോഗാവസ്ഥ എത്രതവണ പ്രകടമാകുന്നു:

8. Are you aware of any specific provoking cause(s) which trigger your symptoms? E.g. stress, etc

Yes No / ഉണ്ട് ഇല്ല

നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങളെ ഉത്തേജിപ്പിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക പ്രകോപനപരമായ

കാരണത്തെക്കുറിച്ച്

(കാരണങ്ങളെക്കുറിച്ച്) അറിയാമോ? ഉദാ. വിഷാദം തുടങ്ങിയവ.

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

9. When was the last occurrence of symptoms and how long the symptoms usually last?

രോഗലക്ഷണം അവസാനമായി കാണപ്പെട്ടത് എപ്പോഴാണ്, സാധാരണയായി രോഗലക്ഷണങ്ങൾ നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന കാലയളവെത്ര?

ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള എന്റെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമായി ഈ ഫോം രൂപീകരിക്കുമെന്നതും എന്റെ അറിവിലുള്ള എന്തെങ്കിലും പ്രധാനപ്പെട്ട വിഷയം സമർപ്പിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ അത് ഉടമ്പടിയെ അസാധുവാക്കുമെന്നതും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

Date & Place:
തീയതിയും സ്ഥലവും:

Signature of Life to be Assured /
ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തി

PART 2 – To be filled by the Attending Physician of the Life To Be Assured:

ഭാഗം 2 – ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്:

1. Please give the diagnosis and date of diagnosis: / രോഗനിർണ്ണയവും രോഗനിർണ്ണയ തീയതിയും നൽകുക:

2. Please provide details of the frequency of attacks and the date of the last attack

രോഗാവസ്ഥ എത്രതവണ പ്രകടമായെന്നതും രോഗാവസ്ഥ അവസാനമായി പ്രകടമായ തീയതിയും നൽകുക

3. Would you describe the patient’s condition as mild, moderate or severe? MILD MODERATE SEVERE

□□□□□□□□ രോഗിയുടെ അവസ്ഥ ഇടത്തരം, മിതമായത് അല്ലെങ്കിൽ തീവ്രമായത് എന്ന് പറയാനാകുമോ? ഇടത്തരം മിതമായത് തീവ്രമായത്

4. Is there any limitation of functional capacity including ability to work? If so please give details including dates and duration of any time off work/ജോലി ചെയ്യാനുള്ള ശേഷി ഉൾപ്പെടെ പ്രവർത്തനക്ഷമതയിൽ എന്തെങ്കിലും പരിമിതിയുണ്ടോ?

അങ്ങനെയെങ്കിൽ, ജോലിയിൽ നിന്ന് വിട്ടു നിൽക്കേണ്ടി വന്ന തീയതികളും കാലയളവും അടങ്ങുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

5. Please provide the dates and results of any investigation e.g. pulmonary function tests, chest x-rays etc.

ഏതെങ്കിലും പരിശോധനകൾ നടത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ആ തീയതികളും പരിശോധനാഫലങ്ങളും നൽകുക ഉദാ. ശ്വാസനേന്ദ്രിയ

പ്രവർത്തന പരിശോധനകൾ, നെഞ്ചിന്റെ എക്സറേകൾ മുതലായവ.

6. Please give details of treatment, particularly any steroid therapy./ ചികിത്സയെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ, പ്രത്യേകിച്ചും എന്തെങ്കിലും സ്റ്റിറോയഡ് ചികിത്സയുണ്ടെങ്കിൽ, നൽകുക.

7. Are you aware of any complicating features of the patient’s condition? E.g. cigarette smoking, occupation, etc so, please give details.

രോഗിയുടെ അവസ്ഥയെ സങ്കീർണ്ണമായി ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന ഏതെങ്കിലും കാര്യങ്ങളെക്കുറിച്ച് അറിയാമോ? ഉദാ. പുകവലി, 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 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 ബാധകമാകും.