

DIGESTIVE DISORDER QUESTIONNAIRE/ ദഹനകമകേടുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ചോദ്യാവലി

(To be filled by the Life To Be Assured) / (ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

For questions answered as "YES", please provide complete details with medical reports.

ചോദ്യങ്ങൾക്ക് "ഉണ്ട്/അതെ" എന്നാണ് ഉത്തരം നൽകിയതെങ്കിൽ, മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾക്കൊപ്പം പൂർണ്ണ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

Name of Life To Be Assured: / ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്:

Proposal No.: / പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

1. Please state the precise diagnosis, if known. / അറിയാമെങ്കിൽ, കൃത്യമായ രോഗനിർണ്ണയം എന്തായിരുന്നുവെന്ന് പ്രസ്താവിക്കുക.

2. When was this condition first diagnosed? / എപ്പോഴാണ് നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥ ആദ്യമായി രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെട്ടത്?

3. Have you had a barium meal or any other investigations? Yes No If yes, please provide details, including dates of investigations and results.

നിങ്ങൾക്കൊരു ബേരിയം മീലോ മറ്റേതെങ്കിലും പരിശോധനകളോ നടത്തിയോ ഉണ്ട് ഇല്ല ഉണ്ട് എങ്കിൽ, അന്വേഷണത്തിന്റെ തീയതിയും ഫലങ്ങളും ഉൾപ്പെടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

4. Regarding your symptoms: / നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച്:

a) Please describe your symptoms/ നിങ്ങളുടെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ വിവരിക്കുക

b) When did symptoms first occur? / എപ്പോഴാണ് രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യമായി ഉണ്ടായത്?

c) How frequently do symptoms occur? eg how often in the last 12 months

എത്ര ഇടവിട്ടാണ് രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടാകാറുള്ളത്? ഉദാഹരണത്തിന് കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിൽ എത്ര തവണയായി

d) When was the last occurrence of symptoms? / അവസാനമായി രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായത് എന്നായിരുന്നു?

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

Yes / No

ഇതുവുമായി ബന്ധിച്ച് നിങ്ങൾക്കൊരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുകയുണ്ടായോ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ പരിഗണിക്കുന്നുണ്ടോ?

ഇല്ല

ഉണ്ട് /

6. Have you experienced any problems or complications following surgery?

Yes /No

ശസ്ത്രക്രിയയെ തുടർന്ന് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും പ്രശ്നങ്ങളോ സങ്കീർണ്ണതകളോ അനുഭവപ്പെട്ടോ?

ഇല്ല

ഉണ്ട് /

If yes, please provide details/ ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക..

7. Have you been discharged from follow-up?

Yes / No

തുടർ ചികിത്സയിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾ ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്യപ്പെട്ടോ?

If yes, please state when ./ ഉണ്ട് എങ്കിൽ, എപ്പോഴെന്ന് പറയുക.

ഉണ്ട് / ഇല്ല

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

നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക മരുന്നിന്റെ പേര്, അളവ്, എത്ര തവണക്കൂന്നു എന്നതുൾപ്പെടെ.

a) Currently/ നിലവിൽ

b) In the past/ കഴിഞ്ഞ കാലത്ത്

9. Regarding the monitoring of your condition: / നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥയുടെ നിരീക്ഷണത്തെ സംബന്ധിച്ച്:

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

b) How often do you attend for follow-up?/ തുടർചികിത്സയ്ക്കായി നിങ്ങൾ എത്രതവണ പോകുന്നുണ്ട്?

c) When was your last consultation? / നിങ്ങളുടെ അവസാന കൺസൾട്ടേഷൻ എന്നായിരുന്നു ?

10. Have you lost significant time (e.g., weeks) off work with this condition?

Yes / No

ഇഅവസ്ഥ കാരണം നിങ്ങൾക്ക് ജോലിയിൽ ഗണ്യമായ സമയം (ഉദാഹരണത്തിന് ആഴ്ചകൾ) നഷ്ടപ്പെട്ടോ?

ഉണ്ട് / ഇല്ല

ഇല്ല

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

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, ജോലിയുടെ തീയതിയും ദൈർഘ്യവും ഉൾപ്പെടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

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

നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥ, നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെ തോന്നുന്നു എന്നിങ്ങനെയുള്ള അധിക വിവരങ്ങൾ ദയവായി നൽകുക, ഈ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് സഹായകരമായിരിക്കും.

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.

ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം:

ഞാൻ നൽകിയിട്ടുള്ള മറുപടികൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യമാണെന്നും എന്റെ അപേക്ഷയുടെ വിലയിരുത്തലിനെ അല്ലെങ്കിൽ അംഗീകരിക്കുന്നതിനെ സ്വാധീനിക്കാവുന്ന യാതൊരു പ്രധാന വിവരവും ഞാൻ തരാതിരുന്നിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. കാനറാ HSBC ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡുമായുള്ള ലൈഫ് അഷറൻസിനുള്ള എന്റെ അപേക്ഷയുടെ ഭാഗമാണ് ഈ ഫോമെന്നും എനിക്ക് അറിയാവുന്ന എന്തെങ്കിലും വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിലുള്ള പരാജയം എന്റെ കരാറിനെ സാധുത ഇല്ലാത്തതാക്കുമെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

Date & Place:
തീയതിയും സ്ഥലവും:

Signature of Life to be Assured
ലൈഫ് അഷർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട വ്യക്തി

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 ഈഫോമിലെ 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: / നിർദ്ദേശവും നിരാകരണവും:

- Kindly fill in the details in Hindi/English only.
ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ ഹിന്ദിയിൽ / ഇംഗ്ലീഷിൽ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക.
- In the event of any disagreement in interpreting the content, English version will prevail.
ഉള്ളടക്കം വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എന്തെങ്കിലും അഭിപ്രായവ്യത്യാസം ഉണ്ടാകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിനായിരിക്കും പ്രാമുഖ്യം.